Chronik der geburtshilflichen Abteilung
der
Kgl. Universitäts-Frauenklinik München
vom Jahre 1910

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
gesamten Medizin
verfasst und einer
hohen medizinischen Fakultät
der
Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

Josef Mitteldorf,
Medizinalpraktikant.

□ □ □

MÜNCHEN 1911.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Chronik der geburtshilflichen Abteilung

der

Kgl. Universitäts-Frauenklinik München

vom Jahre 1910

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Josef Mitteldorf,

Medizinalpraktikant.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

□ □ □

MÜNCHEN 1911.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Dr. DÖDERLEIN.

Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit

gewidmet.

In der Zeit vom 1. Januar 1910 bis 31. Dezember 1910 wurden in der geburtshilflichen Abteilung der Kgl. Universitäts-Frauenklinik 2725 Frauen aufgenommen. Darunter befinden sich 33 Frauen, die halb entbunden und 40, die vollkommen entbunden eingeliefert wurden. Demnach beträgt die Zahl derer, die ihre Geburt von Anfang bis Ende in der Anstalt durchmachten, nicht weniger wie 2652.

Von diesen 2725 kreissenden Frauen waren 1268 Erstgebärende und 1453 Mehrgebärende. Ueber die hier fehlenden 4 Kreissenden läßt sich nichts sagen, da die näheren Angaben hiezu nirgends zu finden sind.

Die älteste Erstgebärende hatte bereits ein Alter von 42 Jahren erreicht, sie schenkte einem Mädchen von 52 cm Länge und 3400 g Gewicht das Leben. Die Dauer bis zur vollendeten Geburt machte 39 Stunden und 45 Minuten aus. Wegen Schlechterwerden der kindlichen Herztöne mußte sie mit der Zange entbunden werden. Ihr gegenüber steht als jüngste Erstgebärende ein Mädchen von 14 Jahren, das von einem lebenden Knaben entbunden wurde, der 50 cm lang war und 3300 g wog. Die gesamte Dauer der Geburt betrug 16 Stunden 55 Minuten bei einem Blutverlust

von 200 g. Die größte Zahl der Geburten einer Frau belief sich auf die stattliche Anzahl von 22. Die ersten zehn Geburten waren Spontangeburten, bei der elften Geburt mußte das Kind in Steißlage extrahiert werden, die folgenden zehn Geburten waren wieder Spontangeburten. Die 22. Geburt war wieder eine Beckenendlage. Das Kind, ein kräftiger Knabe von 52 cm Länge und 3420 g Gewicht, mußte nach Lösung der Arme extrahiert werden. Bis zur Vollendung der Geburt hatte sie eine Zeit von 17 Stunden und 25 Minuten nötig. Sämtliche Kinder kamen lebend zur Welt, alle wurden an der Brust gestillt, und dennoch starben 16 Kinder im 1. Lebensjahre, nur 5 Kinder sind noch am Leben. Sie selbst war 42 Jahre alt. Ihr am nächsten kommt eine 44jährige XX-Gebärende (J.-Nr. 1379). Sämtliche Geburten waren Spontangeburten, alle Kinder waren reif und kamen lebend zur Welt mit Ausnahme des Kindes der letzten Geburt, das tot geboren wurde. Ob diese 18 Kinder auch am Leben geblieben sind, läßt sich nicht sagen, da die näheren Angaben hierüber fehlen. Dieses Mal wird Parturiens von einem Arzte in die Klinik eingewiesen. Sie klagt seit 4 Wochen über heftige Kopfschmerzen, Herzbeklemmung und Atembeschwerden. Es soll nach der Meinung des behandelnden Arztes wegen Nephritis der Partus praematurus eingeleitet werden, da eine Gefahr für das Leben vorliegt. Hochgradige Oedeme bestehen an beiden Beinen, rechts seit 4 Monaten, links

seit 3 Monaten. Nachweis von Eiweiß im Harn positiv. Es wird also die künstliche Frühgeburt eingeleitet durch Blasenstich und Einlegung eines Metreurynters. Nach 5 Stunden hat Parturiens bereits sehr kräftige Wehen, nach weiteren 4 Stunden wird der Gummiballon ausgestoßen, und der Muttermund ist vollkommen erweitert. Der Kopf des Kindes befindet sich in Beckenweite. 20 Minuten hernach wird ein lebender Knabe von 54 cm Länge und 4300 g Gewicht als 20. Kind geboren. Nach der Geburt gehen die Schwellungen der Beine allmählich zurück. Am 27. Tage, am Tage der Entlassung, bestehen noch ganz leichte Schwellungen, besonders des rechten Beines. Eiweiß ist nur mehr in Spuren vorhanden, das Allgemeinbefinden ist ein sehr gutes zu nennen.

Was die Anzahl der Geburten anlangt, so reiht sich dieser würdig an eine 41jährige XIX-Gebärende (J.-Nr. 204) mit der Geburt eines toten Knaben von 40 cm Länge und einem Gewicht von 1550 g im VI. Monat, der im 1. Grade mazeriert ist. Sämtliche Geburten waren Spontangeburten, alle Kinder leben bis auf die beiden letzten, die ebenfalls Frühgeburten waren.

Dann folgt eine 44jährige XVII-Gebärende (J.-Nr. 239). Die erste Geburt war eine Spontangeburt, Kind ist nach 4 Wochen gestorben. 2.—12. Geburt Spontangeburten, alle Kinder waren ausgetragen und sind lebend zur Welt gekommen. Die 13. Geburt waren Zwillings-

kinder, der eine Zwilling in Kopf-, der andere in Steißlage; die Kinder starben nach 8 Monaten. Die 14. Geburt war wieder eine Spontangeburt, das Kind erlag mit $10^1/_2$ Monaten den Masern. Auch die 15. und 16. Geburt waren Spontangeburten, beide Kinder leben; nach der 15. Geburt erkrankte die Mutter an Mastitis und mußte inzidiert werden. Das 17. Mal mußte die Frau wegen Cervixstenose und primärer Wehenschwäche nach langem Kreißen durch Hysterotomia vaginalis anterior mit Wendung auf den Fuß und Extraktion entbunden werden. Sie schenkte einem 51 cm langen und 3600 g schweren Knaben das Leben. Die Placenta wurde anschließend manuell gelöst. Das Wochenbett verlief vollkommen fieberfrei.

Mit ihr hält gleichen Schritt eine 37jährige XVII-Gebärende (J.-Nr. 461). Die ersten 16 Geburten waren Spontangeburten, sämtliche Kinder leben, mit Ausnahme des ersten, das infolge einer Schädelfraktur sein Leben einbüßte. Wegen Nabelschnurvorfall bei Gesichtslage mußte das Kind auf den Fuß gewendet und extrahiert werden.

Um ein genaues Bild zu erhalten von der großen Kindersterblichkeit, wie sie gerade bei den Frauen am meisten zu finden ist, die sehr oft entbunden haben, möge es mir gestattet sein, noch drei weitere Fälle anzuführen.

Es handelt sich zunächst um eine 43jährige XVI-Gebärende (J.-Nr. 1557). Von 15 Kindern

leben nur 4. Die ersten 13 Geburten waren Spontangeburten, die beiden letzten Male mußte die Frau operativ entbunden werden. Von den ersten 13 Kindern starben 10, angeblich alle an Brechdurchfall, das vorletzte starb nach 4 Tagen, das letzte Kind lebt, ist jetzt 4 Jahre alt, leidet jedoch an Gelenkrheumatismus. Im VI. Monat der jetzigen Schwangerschaft wollte sie sich wegen Unwohlsein in der Medizinischen Klinik aufnehmen lassen, wurde jedoch mit der Mitteilung, daß sie an einer beiderseitigen Retinitis albuminurica leide und außerdem im VI. Monat der Schwangerschaft blute, in die Frauenklinik gebracht. Nach 4 Stunden wird die Patientin plötzlich von einem starken Uebelsein befallen, es kommt zu schleimigem Erbrechen, und es tritt Flimmern vor ihren Augen auf. Gleich darauf fängt es in ihrem Gesicht zu zucken an, dann an den Extremitäten, schließlich am ganzen Körper, das Gesicht blaßt sichtlich ab. Dieser eklamptische Anfall dauert 2 Minuten. In den nächsten 10 Stunden folgen noch weitere 4 Anfälle bis zu einer Dauer von 4 Minuten trotz subkutaner Injektion von Morphium, und es wird die sofortige Entbindung beschlossen. Es folgt die Hysterotomia vaginalis anterior, als Diagnose für die Blutung findet sich eine Placenta praevia centralis. Das kleine lebende Kind wird durch Wendung auf den Fuß entwickelt. Die Placenta folgt auf den Credéschen Handgriff. Der Uterus wird mit Jodoformgaze fest austamponiert, die Operations-

wunde vernäht. Nach 2 Stunden findet sich ein gut kontrahierter Uterus vor, wegen mäßiger Blutung erhält die Wöchnerin 2 ccm Ergotin und, da sie ziemlich unruhig ist, Morphium. Trotzdem die Wöchnerin im Laufe des Tages über 1 Liter Flüssigkeit zu sich genommen hat, geht kein Urin ab. Durch Katheterismus sind höchstens 3 ccm zu bekommen, der Eiweißgehalt erweist sich als nicht sehr stark. Sie erhält 1 ccm Morphium in 1 Liter Wasser als rectale Infusion. Das Befinden bessert sich von Tag zu Tag. Am 9. Tage wird sie entlassen, allerdings ohne Kind, das bereits am 1. Tage an Lebensschwäche gestorben ist. Der Harn ist vollkommen eiweißfrei, die Wöchnerin sieht noch etwas blaß aus, fühlt sich außer einer gewissen Mattigkeit sehr wohl.

Der zweite Fall ist ebenfalls eine XVI-Gebärende (J.-Nr. 1591) mit 45 Lebensjahren. Von 15 lebend zur Welt gebrachten Kindern leben nur 6. Auch das 16. Kind, das infolge verschleppter Querlage auf den Fuß gewendet und extrahiert werden mußte, starb nach kurzer Zeit an Lebensschwäche.

Im dritten Falle endlich handelte es sich um eine 41jährige XVI-Gebärende (J.-Nr. 1731). 15 Spontangeburten. 14 Kinder kamen lebend zur Welt, das letzte ist während der Geburt gestorben. 8 Kinder starben unter 1 Jahre, 1 mit 1 Jahr und 2 Monaten. Diesmal wird Parturiens nach vergeblichen Zangenversuchen durch einen Arzt außerhalb der Klinik eingeliefert. Der mit Rücksicht auf das

Leben des Kindes ausgeführte Zangenversuch mit der Tarnierschen Achsenzugzange mißlingt. Wegen der außerordentlich stürmischen Wehen und der außerhalb vorgenommenen Zangenversuche Perforation des absterbenden Kindes. Beim Ansetzen des Perforatoriums entleert sich eine reichliche Menge von Blut, anscheinend von einem intrakraniellen Bluterguß herrührend. Die Extraktion des mit dem Zweifelschen Kranio-Kephaloklasten verkleinerten Kopfes gelingt spielend leicht, dagegen ist die Extraktion des Rumpfes erst nach vollständiger Durchtrennung des linken Schultergelenkes und Herausholen des linken Armes möglich.

Die Zahl der geborenen Kinder beträgt 2761. Von diesen sind 1402 männlichen und 1298 weiblichen Geschlechtes, von den übrigen 61 war das Geschlecht nicht zu ermitteln, sei es nun, daß die Frucht zu einer Zeit ausgestoßen wurde, in der man noch kein Geschlecht unterscheiden konnte, wie bei Aborten im 3. Monat, sei es, daß die Mutter völlig entbunden ohne Kind eingeliefert wurde oder daß in der Eile die notwendigen Angaben im Geburts-Journal nachzutragen vergessen wurde. Zu der Gesamtzahl dieser Kinder gehören einmal Drillingskinder und 68 Zwillingskinder. Totgeboren wurden im ganzen 212 Kinder. Als Ursache des intrauterinen Absterbens findet sich bei den meisten Lues, als weitere Todesursache Nabelschnurvorfall, Mißgeburt, Perforation.

Von den lebend geborenen Kindern sind während ihres Aufenthaltes in der Anstalt 104 gestorben. Als Grund hiefür fand ich angegeben in den meisten Fällen Lebensschwäche, ferner Asphyxia pallida, Pneumonie, Struma, Icterus, Hepatitis luetica, Pemphigus lueticus, Eclampsia infant., Hernia umbilicalis, intrakranielle Blutung, Mißbildung, Erysipel und Nabelschnursepsis.

Was die Anomalien bei Neugeborenen betrifft, so wurde beobachtet bei einem totgeborenen Mädchen im VII. Monat der Schwangerschaft (J.-Nr. 1090) Prolaps des Gehirns am Occiput, luetisches Nasenbein, Hasenscharte, Wolfsrachen und total verkrümmte Extremitäten.

In einem anderen Falle wurde ein lebendes Mädchen geboren mit Spina bifida und Hautdefekt, ferner Anencephalus. Die obere Hälfte der Stirne bestand aus einer klumpigen Masse von blauroter Farbe. Das Kind starb nach $1^1/_2$ Stunden.

Bei einem anderen lebendgeborenen, jedoch nach 3 Stunden 25 Minuten gestorbenen Mädchen fand sich eine Stellungsanomalie des linken Auges, kurze Oberarme, gekrümmte Wirbelsäule, Klumpfüße und Fehlen der Labia maiora. (J.-Nr. 723.)

Ein Kind wies eine Hernia umbilicalis mit Leber- und Dünndarminhalt auf.

Bei einem totgeborenen Knaben war der Darm prolabiert und die Schädeldecke frontooccipital gespalten.

Des weiteren wurden beobachtet:
2 Kinder mit Hydrocephalus,
1 Kind mit Meningocele,
2 Kinder mit Kephalhämatom,
1 Kind mit Wolfsrachen,
2 Kinder mit kongenitaler Struma,
1 Kind mit Hydrops universalis,
1 Kind mit Spina bifida,
3 Kinder mit Hypospadie,
1 Kind mit entzündlicher Paraphymose,
1 Kind, bei dem die untere Seite des Penis mit der Raphe des Scrotums verwachsen war,
2 Kinder mit Oedem des Scrotums,
1 Kind mit Polidaktilie, je 6 Finger an jeder Hand, 6 Zehen am linken Fuß,
3 Kinder mit Pes valgus congenitus,
1 Kind mit Angioma simplex des linken oberen Augenlides,
1 Kind mit Angiom am rechten Oberarm.

Trotz der Credéschen Prophylaxe, die bei allen Neugeborenen Anwendung fand und in der Einträufelung einer Argentum aceticum-Lösung 1,2:100 besteht, um die eventuell anhaftenden Gonorrhoekeime, welche durch das gonorrhoische Genitalsekret der Mutter auf die Conjunctiva des Kindes übertragen werden, abzutöten, wurde dennoch bei 8 Kindern eine Ophthalmogonorrhoe festgestellt.

Dem kleinsten lebenden Neugeborenen, einem 6 Monate alten Mädchen von 30 cm Länge und 670 g Gewicht von einer 20jährigen Zweitgebärenden, steht als größtes bezw.

schwerstes lebendes Neugeborenes gegenüber ein 59 cm langes und 3160 g schweres Mädchen von einer 29jährigen Viertgebärenden bezw. ein 51 cm langer und 4600 g schwerer Knabe von einer 39jährigen Achtgebärenden. Die beiden letzten übertraf sowohl an Länge als auch an Gewicht ein von einer 32jährigen Zweitgebärenden totgeborener Knabe von 60 cm Länge und 4650 g Gewicht. Die Länge und das Gewicht der reifen Neugeborenen weisen mannigfache Schwankungen auf, welche wohl nach dem von Hecker angestellten Vorgang durch bestimmte physiologische Gesetze, Geschlecht des Kindes, Alter der Mutter, Zahl der Schwangerschaften, Größe der Eltern und Eigentümlichkeiten der Rasse bedingt sind. Die durchschnittliche Länge beträgt 50 cm, das durchschnittliche Gewicht 3150—3200 g.

Was nun die Lage der Kinder anlangt, so fand ich in

1579	Fällen	1. Hinterhauptslage	= 57,18%
849	„	2. „	= 30,75%
28	„	Vorderhauptslage	= 1,01%
6	„	Stirnlage	= 0,22%
31	„	Gesichtslage	= 1,12%
2493	Fällen	Kopflagen insges.	= 90,29%
89	„	Steißlage	= 3,22%
24	„	Fußlage	= 0,87%
113	„	Beckenendl. insges.	= 4,09%
36	„	Querlagen	= 1,30%
119	„	ohne Angaben	= 4,31%

In Bezug auf die mehrfache Schwangerschaft wurden im Jahre 1910 in einem Falle

Drillinge beobachtet. Es handelte sich um eine 35jährige I para. Sie hatte während der ganzen Schwangerschaft monatliche Blutungen von 2—3 Tagen Dauer. Im VII. Schwangerschaftsmonate wurden die Früchte, 3 Mädchen 36, bezw. 36, bezw. 30 cm Länge und einem Gewichte von 1160, bezw. 1000, bezw. 750 g lebend ausgestoßen. Alle drei Kinder sind nach kurzer Zeit an Lebensschwäche gestorben. Ueber die Lage der Kinder läßt sich ebenso wenig sagen wie über die Dauer der Geburt und den Blutverlust, da die Frau halb entbunden eingeliefert wurde. Das Wochenbett ist ohne jede Temperatursteigerung verlaufen.

Zwillinge wurden in 34 Fällen beobachtet. Was die Lage der einzelnen Zwillingskinder betrifft, so fanden sich in 10 Fällen beide in Hinterhauptslage, eines in Hinterhaupts- und eines in Vorderhauptslage in 3 Fällen, das eine in Hinterhaupts-, das andere in Steißlage in 9 Fällen, eines in Hinterhaupts-, eines in Fußlage in 3 Fällen, eines in Hinterhaupts-, eines in Querlage in 1 Falle, beide in Vorderhauptslage in 1 Falle, beide in Steißlage ebenfalls in 1 Falle, beide in Querlage in 2 Fällen, bei einem Abort im 4. Monat, bei einer Frühgeburt im 5. Monat und bei einer künstlich eingeleiteten Frühgeburt im 5. Monat wegen starken Blutungen läßt sich die Lage der Kinder nicht angeben. In fast allen Fällen wurde das schwerere Kind zuerst geboren. Bei 17 Geburten wurden Kinder von gleichem Ge-

schlecht zur Welt gebracht, 7 Zwillingspaare weiblichen Geschlechtes und 10 männlichen Geschlechtes, bei der im 4. Monat eingeleiteten Frühgeburt ließ sich das Geschlecht der Kinder noch nicht bestimmen. Eineiige Zwillinge, die ja viel seltener sind als zweieiige, konnten im Berichtsjahr nur in 2 Fällen festgestellt werden. Bei 6 Entbindungen mußten beide Kinder künstlich geboren werden, in 7 Fällen eines, und in 21 Fällen wurden beide Zwillingskinder spontan geboren. Bei fünf Geburten wurde ein Kind tot geboren, bei 8 Geburten beide Zwillingskinder. 1 Mutter verlor beide Kinder nach vier Tagen an Lebensschwäche, 1 ein Kind nach vier Tagen an Icterus. Die kürzeste Zeit vom Beginn der Wehen bis zur vollendeten Geburt betrug 3 Stunden 15 Minuten, die Mutter war eine 23jährige IV-Gebärende (J.-Nr. 1471), allerdings mußte das zweite Kind bei Querlage auf den Fuß gewendet und extrahiert werden. Ohne jeden Eingriff betrug die kürzeste Zeit 3 Stunden 28 Minuten; es handelte sich um eine 24jährige III para. Die längste Zeit hatte eine 20jährige I para nötig, indem sie vom Wehenbeginn bis zur Vollendung der Geburt 86 Stunden und 30 Minuten nötig hatte (J.-Nr. 18). Die durchschnittliche Geburtsdauer belief sich auf rund 15 Stunden.

Was nun endlich noch die Ausstoßung der Frucht vor der 28. Woche betrifft, so finden sich dafür auf der geburtshilflichen Abteilung nicht weniger wie 124 Fälle.

Obwohl Aborte, d. h. Ausstoßung der Frucht vor dem 4. Monate der Schwangerschaft, fast stets nur auf der gynäkologischen Abteilung behandelt werden, insbesondere dann, wenn sie unvollständig oder fiebernd zur Einlieferung gelangen, finden sich doch auf der geburtshilflichen Abteilung 9 Fälle vor, und zwar 1 Abort im 2. Monat und 8 im 3. Monate. Die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft erfolgte:

im	4.	Monat	bei 15	Frauen
„	5.	„	„ 20	„
„	6.	„	„ 46	„
anfangs des	7.	Monats	„ 34	„

Der Häufigkeit der vorzeitigen Unterbrechung der Gravidität entspricht die Menge der Ursachen. Es sind dies einmal Erkrankungen des mütterlichen Organismus, des Foetus und seiner Anhänge. Von diesen kamen im Berichtsjahre vor: Nephritis, Endometritis und Pneumonie als zufällige Erkrankungen der Mutter, als chronisch verlaufende Infektionskrankheiten: Tuberkulose der Lungen und insbesondere Lues. In einem einzigen Falle fand sich eine Erkrankung der Fruchtanhänge, nämlich eine Blasenmole, auf die ich in einem späteren Abschnitte zurückkommen werde.

Auch Anomalien können zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft führen. So wurde einmal eine 30jährige Ipara (J.-Nr. 241 a) eingeliefert mit einem Abort im IV. Monat. Als Ursache finde ich eine Vagina septa angegeben. In einem zweiten Fall wurde bei

einer 29jährigen I-Gebärenden (J.-Nr. 338) die Frucht im 6. Monat ausgestoßen wegen Retroflexio uteri gravidi incarcerati.

Den Erkrankungen und Anomalien reihen sich als weitere, gerade nicht sehr seltene Ursachen der vorzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung traumatische Einwirkungen der mannigfachsten Art an. So gab eine Frau an, daß sie von einem Lastwagen angefahren und umgestoßen worden sei. Andere glaubten als Grund zu schweres Heben anführen zu können. In sehr vielen Fällen dürfte es sich wohl um einen kriminellen Abort gehandelt haben, wofür jedoch kein sicherer Nachweis erbracht werden konnte.

Außer den zu Anfang angeführten normwidrigen Lagen, die einen Eingriff erforderlich machten, bestanden noch zahlreiche andere Komplikationen, die der Spontangeburt hinderlich im Wege standen. Hier spielt eine Hauptrolle die Verengerung des Beckens, die bei 169 Kreißenden festgestellt wurde. Dabei ist aber zu bedenken, daß die Diagnose auf enges Becken oft nicht mehr gestellt wurde, wenn die Eingelieferte bereits halb oder ganz entbunden war, oder nicht mehr gestellt werden konnte, wenn der vorliegende Teil bereits ins Becken eingetreten war oder wenigstens hereinreichte, so daß die Diagonalis nicht mehr gemessen werden konnte. Eine nachträgliche Untersuchung in den ersten Tagen des Wochenbettes ist aus Gründen der Asepsis un-

statthaft und unterbleibt deswegen; am 7. Tage verlassen die Wöchnerinnen die Klinik.

Die Therapie des engen Beckens an der Universitäts-Frauenklinik ist folgende: Sind die Kreißenden bei ihrer Einlieferung noch unberührt, wurden also außerhalb der Klinik noch keine Entbindungsversuche gemacht, dann in den schwersten Fällen der Beckenverengerung Sectio caesarea extraperitonealis. In den übrigen Fällen wird zunächst abgewartet, tritt dann der Kopf wirklich nicht ins Becken, Hebosteotomie oder bei I parae Sectio caesarea. Bei infizierten Fällen dagegen wird zuerst ein hoher Zangenversuch gemacht; mißlingt dieser, dann wird sofort die Perforation des Kindes angeschlossen.

Für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt kann bestimmend sein ein enges Becken, wenn man die Geburt zu einer Zeit vor sich gehen lassen will, wo der Kopf des Kindes noch klein, weich und kompressibel ist. Ferner kann sie nötig werden bei Krankheiten der Mutter, welche durch den Fortbestand der Schwangerschaft so verschlimmert werden, daß eine Gefahr für das mütterliche Leben eintritt. Im Jahre 1910 wurde in 20 Fällen die künstliche Frühgeburt eingeleitet.

Eine 34jährige VI-Gebärende (J.-Nr. 29) kommt in die Klinik und klagt über sehr starke Blutungen seit einigen Tagen, es wird ein Metreurynter eingelegt, und in kurzer Zeit wird nach kräftigen Wehen eine tote Frucht von 30 cm Länge und 600 g Gewicht ausgestoßen.

Eine 22jährige II para (J.-Nr. 31) klagt ebenfalls über starke Blutungen, die Untersuchung ergibt Placenta praevia, es wird ein Metreurynter eingeführt und nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes ein lebendes, allerdings unreifes Mädchen, das sich in Beckenendlage eingestellt hatte, extrahiert.

Eine 21jährige II-Gebärende (J.-Nr. 50) wird in die Klinik gesandt zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 8. Monate der Schwangerschaft wegen engen Beckens, die Diagonalis mißt $10^1/_4$ cm. Es wird ein Metreurynter eingelegt, der zur Spontangeburt eines lebenden Knaben führt.

Eine 34jährige V para (J.-Nr. 108), deren vorausgehende Geburten alle normal, ohne ärztliche Hilfe bei ausgetragenen Kindern verliefen, hat seit 3 Wochen sehr starke Blutungen und sieht ziemlich reduziert und anämisch aus. Kindliche Herztöne sind nirgends zu hören. Der äußere Muttermund ist für einen Finger durchgängig, der innere geschlossen. Erweiterung des Cervixkanals und des inneren Muttermundes mit Metalldilatatoren und Einlegen eines Metreurynters in den Uterus, nach 2 Stunden Belastung mit einem Zweipfundgewicht. $7^1/_2$ Stunden später tritt plötzlich ein eklamptischer Anfall auf. Der Metreurynter wird spontan ausgestoßen, und es tritt eine sehr starke Blutung ein. Es wird nun die Hysterotomia vaginalis anterior ausgeführt und eine sehr große Blasenmole, die ausgeräumt wird, vorgefunden. Tamponade. Die nächsten

5 Stunden tritt kein eklamptischer Anfall mehr auf, dann in der Zeit von 2 Uhr 15 Min. a. m. bis 8 Uhr 15 Min. a. m. 4 Anfälle, dann eine Spritze Morphium, 1 Stunde später ein weiterer Anfall. Hernach kein eklamptischer Anfall mehr. Von Tag zu Tag zusehende Besserung. Entlassung aus der Klinik am 16. Tage.

Eine 28jährige I-Gebärende (J.-Nr. 515) kommt auf den Kreißsaal zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, da beiderseitige tuberkulöse Lungenspitzeninfiltration festgestellt worden ist. Scheidenspülung, Einführung eines Metreurynters, Anhängen von 500 g. Nach $4^1/_2$ Stunden mäßig starke Wehen, Ausstoßung des Metreurynters. Muttermund etwas über fünfmarkstückgroß, Blase steht. Nach weiteren $10^1/_2$ Stunden ist der Muttermund fast völlig erweitert, die Untersuchung ergibt II. dorsoposteriore Querlage. Die Blase wird gesprengt, der rechte Fuß wird heruntergeholt und angeschlungen. Gewichtzug von 2 Pfund. 50 Minuten später muß Parturiens erbrechen, und es kommt dabei zum Vorfallen der noch pulsierenden Nabelschnur. Deswegen sofortige Extraktion des Kindes. Es gelingt jedoch nicht das asphyktische Kind am Leben zu erhalten. Die Wöchnerin wird am 15. Tage mit der Empfehlung in ein Sanatorium zu gehen, entlassen.

Eine 23jährige III para (J.-Nr. 612) kommt zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 8. Schwangerschaftsmonate wegen progredienter Tuberkulose der Knochen. Einlegen eines

Metreurynters. 3 Stunden nach der ersten Wehe vollständige Erweiterung des Muttermundes und Extraktion eines toten Mädchens in Fußlage.

Bei einer 26jährigen V-Gebärenden (J.-Nr. 653) mit starken Oedemen an beiden unteren Extremitäten und den Labien wird die künstliche Frühgeburt ebenfalls im 8. Monat der Schwangerschaft eingeleitet wegen Nephritis. Der Knabe, der sich in Hinterhauptslage eingestellt hat, wird 21 Stunden nach Wehenbeginn gewendet und extrahiert.

Eine 38jährige X para kommt mit sehr starken Blutungen im 6. Schwangerschaftsmonate in die Klinik. Es wird die künstliche Frühgeburt eingeleitet durch Einlegen eines Metreurynters. Das tote Mädchen in I. Hinterhauptslage wird durch Wendung und Extraktion in mazeriertem Zustande entwickelt.

Eine 25jährige I-Gebärende (J.-Nr. 817) wird eingeliefert zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 8. Monat der Schwangerschaft wegen Nephritis und 3 eklamptischer Anfälle. Einlegen eines Metreurynter. Spontangeburt von 2 lebenden Knaben. Nach der Entbindung kein eklamptischer Anfall mehr.

Eine 37jährige X para (J.-Nr. 825), die im Jahre 1909 in der Klinik durch Hysterotomia vaginalis anterior entbunden wurde, kommt zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ebenfalls im 8. Schwangerschaftsmonat. Einlegen eines Metreurynter. Das Kind wird gewendet und extrahiert.

Bei einer 40jährigen XII para (J.-Nr. 929) soll auf ärztlichen Rat hin die künstliche Frühgeburt im 5. Schwangerschaftsmonate eingeleitet werden wegen schweren Herzfehlers und Erkrankung der Lungen. Bronchiales Atmen über der ganzen Lunge, verkürzter Perkussionsschall über beiden Lungenspitzen, hinten rechts unten Reiben und Giemen. Scheidentamponade mit Jodoformgaze, dann Einführen von Laminaria, zuletzt Einlegen eines Metreurynter. Spontangeburt eines toten Knaben.

Eine 44jährige XI-Gebärende (J.-Nr. 1022) kommt in die Klinik und klagt über heftige Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen und übermäßig große Ausdehnung ihres Leibes. Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Blasensprengung wegen Hydramnion. Spontangeburt eines toten, unreifen Knaben mit Wolfsrachen.

Bei einer 41jährigen XII-Gebärenden (J.-Nr. 1369) wird die künstliche Frühgeburt im 5. Schwangerschaftsmonate eingeleitet mit Metreurynter wegen Blutungen. Spontangeburt zweier toter Früchte.

Eine 35jährige II para kommt zur Untersuchung und klagt über heftige Schmerzen in beiden Leistengegenden und im Leib. Hat Beschwerden beim Stuhl und Urinlassen. Kann wegen ihrer heftigen Schmerzen kaum gehen, auch im Bett sind die Beschwerden nicht besser. Die Frau hat einen ausgesprochenen Hänge- und Spitzbauch, die Haut am ganzen Unterleibe ist livid verfärbt, Venen stark ge-

füllt und geschlängelt. Die Frau hat rhachitischen Habitus, starken Gibbus, Größe etwa 130 cm. Vor ungefähr 6 Wochen hatte die Frau dieselben Schmerzen wie jetzt. Damals dauerten die Schmerzen 3—4 Tage und wiederholten sich nach 3 Wochen, um ebenfalls wieder solange zu dauern. Die Frau trägt seit Beginn der Beschwerden Leibbinde. Die jetzigen Beschwerden bestehen seit 3 Tagen. Eihautstich und Einlegen eines Metreurynter wegen Hydramnion und Dyspnoë. Abfluß von reichlichem klaren Fruchtwasser. Nach $6^1/_2$ Stunden kräftige Wehen, Entfernung des Metreurynter, Cervix für zwei Finger durchgängig, Einlegen eines größeren Metreurynter. Nach weiteren 6 Stunden Spontangeburt des Metreurynter, bald darauf mäßige Blutung und Collaps. Puls aussetzend, unregelmäßig. Wendung auf den Fuß und Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes. Es hängt ein kleiner Placentarlappen aus der Vulva. Scheide von Blutkoagula erfüllt. Die starke Blutung kam jedenfalls aus dem gelösten Placentarlappen. Uterustamponade, Secale, Kochsalzinfusion, Kampher. Nächsten Tag ist der Puls gut, regelmäßig. Bei zunehmender Besserung und Erholung wird die Wöchnerin am 9. Tage entlassen.

Eine 19jährige I para (J.-Nr. 1448) wird von einem Arzt wegen Verdacht auf Placenta praevia geschickt. Sie hat seit 2 Monaten Blutungen, die anfangs alle 3—4 Tage auftraten. Dann blutete sie wieder 8 Tage meist

während der Nacht. Seit ungefähr 4 Wochen nun will sie jede Nacht geblutet haben, während des Tages jedoch nicht. Unter aseptischen Kautelen wird ein Laminariastift eingelegt. Nach 6 Stunden Einlegen eines Metreurynter. 2 Stunden später Ausstoßung desselben Muttermund für einen Finger durchgängig, nur Placenta zu fühlen, Abgang von mäßigen Mengen Blut. Puls 100. Nach einer weiteren Stunde Inzision des Cervix, Perforation des Kopfes, Extraktion des Kindes, Naht, Spülung, Tamponade des Corpus uteri und der Vagina. Uterus gut kontrahiert, keine Blutung.

Eine 42jährige XII-Gebärende wird zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 6. Schwangerschaftsmonat wegen Phthisis pulmonum in die Klinik gesandt (J.-Nr. 1469). Lungenbefund: Keine deutliche Schalldifferenz. Ueber dem linken Oberlappen Exspirium verschärft, verlängert. Ueber der rechten Lungenspitze hinten vereinzeltes Knacken. Röntgenbefund: Beide Lungenspitzen und linke Lunge in ihrer ganzen Ausdehnung trüb. Part. hat 9 mal spontan geboren, bei einer Steißgeburt hatte sie zur Extraktion, bei einer Querlage zur Wendung ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Nach jeder Geburt hatte sie angeblich im Wochenbett 1—2 Tage Fieber. 8 Kinder leben und sind gesund, die übrigen sind im frühen Kindesalter gestorben. Es wird also nach Dilatation des Cervikalkanales ein Laminariastift eingelegt, der nach 6 Stunden durch einen Metreurynter ersetzt

wird. Nach $4^1/_2$ Stunden wird der Metreurynter geboren. Portio zapfenförmig, Cervicalkanal kaum für einen Finger durchgängig, Cervix sehr hart. Da Part. nach weiteren 10 Stunden noch keine Wehen hat, wird die Hysterotomia vagin. ant. mit Exstirpation des schwangeren Uterus ausgeführt. Entlassung am 19. Tage.

Bei einer 25jährigen II para wird die künstliche Frühgeburt im 6. Monat der Schwangerschaft eingeleitet wegen Lungentuberkulose (J.-Nr. 1744). Es wird ein Gummiballon in die Uterushöhle eingeschoben, nachdem die vorstehende Fruchtblase gesprengt worden war. Der Ballon wird mit 250 ccm einer 0,5prozentigen Lysoformlösung gefüllt. Muttermund war nur für die Fingerkuppe geöffnet. Nach einer Stunde setzen bereits mäßige Wehen ein, der Touchierbefund ergibt, daß der Cervicalkanal schon für zwei Finger durchgängig ist. $3^1/_2$ Stunden später wird der Metreurynter ausgestoßen und Part. hat keine Wehen mehr. Nach weiteren 2 Stunden wird das Kind auf den Fuß gewendet und extrahiert; da der Muttermund nur für zwei Finger durchgängig ist, wird das Gehirn zuvor durch das Foramen magnum abgelassen. Die Placenta, die ziemlich adhärent ist, wird manuell gelöst. Uterusspülung. Uterus- und Scheidentamponade.

Eine 38jährige VI-Gebärende (J.-Nr. 1494) wird zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 8. Schwangerschaftsmonate wegen eines hochgradigen Vitium cordis (Mitralinsuffizienz), welcher nicht vollständig kom-

pensiert ist, von einem Arzte in die Klinik verwiesen. Künstliche Blasensprengung, Einlegen eines Metreurynters. Da keine Wehen einsetzen, wird er wieder entfernt. Die innere Untersuchung ergibt eine Durchgängigkeit des Cervix für einen Finger. Es wird ein zweiter Metreurynter eingelegt, gefüllt mit 350 ccm Lysoformlösung. Nach 4 Stunden beginnen gute Wehen einzusetzen. Temperatur 37,8. Nach $2^1/_2$ Stunden wird der Metreurynter ausgestoßen, der Muttermund ist für zwei Finger durchgängig. Nun wird das Kind auf den Fuß gewendet und in Aethernarkose langsam extrahiert. Das Kind, welches schwach atmet, stirbt bald. 2 Stunden später erfolgt die Entfernung der Placenta, der Uterus invertiert sich, Credé sehr schwierig, Reste der Placenta bleiben zurück, die am nächsten Tage in Aethernarkose manuell gelöst werden. Entlassung nach 8 Tagen.

Eine 27jährige I para (Hebammenschule, J.-Nr. 13) wird zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 8. Schwangerschaftsmonate eingeliefert wegen Herzleidens. Systolisches Geräusch an der Mitralis, II. Pulmonalton verstärkt. Nach $6^1/_2$ Stunden wird ein unreifes, lebendes Mädchen spontan geboren mit Metreurynter.

Eine 27jährige Gravida (J.-Nr. 795) kommt in die Klinik wegen starker Leibschmerzen und Appetitlosigkeit. Der Leib ist links und rechts geringgradig druckempfindlich, außerdem besteht starker Magendruck. Es wird Hy-

dramnion vermutet. Wegen Verdachtes auf Lues wird die Wassermannsche Reaktion vorgenommen, die negativ ausfällt. Sie wird mit entsprechenden Anweisungen entlassen und in 14 Tagen wieder bestellt. Jetzt beträgt der Leibesumfang im 8. Schwangerschaftsmonate 105 cm, die Beschwerden haben noch an Stärke zugenommen, der Uterus stößt fast an den Rippenbogen an. Die Untersuchung des Harns ergibt Albumen positiv. Die Temperatur beträgt 37,0. Es wird die künstliche Frühgeburt eingeleitet durch Eihautstich, worauf sich etwa ein halber Liter Fruchtwasser von gelblicher Farbe entleert. Nach 10 Minuten setzen Wehen in geringem Grade ein. Da die Geburt wenig fortschreitet, wird ein Gummiballon eingelegt. Jetzt setzen wieder kräftige Wehen ein. Es wird nun ein großer Metreurynter eingeführt, Muttermund zweimarkstückgroß. Zwei Stunden später Entfernung des Metreurynter. Herunterholen eines Fußes durch den fünfmarkstückgroßen Muttermund. An den durch ödematöse Schwellung verdickten Fuß wird ein Dreipfundgewicht angehängt. Kindliche Herztöne sowohl links unterhalb des Nabels als auch besonders kräftig rechts im Fundus hörbar. Links im Fundus ist ein harter, ballotierender Körper zu fühlen. Nach weiteren $3^1/_2$ Stunden setzen Preßwehen ein. das Bein ist bis oberhalb des Kniees geboren. Innere Untersuchung: Muttermund völlig eröffnet, kindliche weibliche Geschlechtsteile fühlbar. Nachdem nunmehr auch der Steiß in die

Scheide geboren ist und die Geburt nicht mehr vorwärts schreitet, wird zur Extraktion in Chloroform-Aethernarkose geschritten. Ein Fuß wird abgerissen, da er sehr ödematös ist. Trotz einiger kräftiger Züge am Rumpf rückt dieser nicht vorwärts. Der Operateur geht mit dem Finger an den Rumpf und fühlt einen Ascites, bohrt durch mit einem Finger, worauf sich $^1/_2$—$^3/_4$ Liter Flüssigkeit aus dem kindlichen Abdomen entleeren. Der Rumpf ist nun geboren. Der Kopf folgt alsbald, er ist weich und hydrocephalisch. 40 Minuten nach Beginn der Operation war ein totes, nicht ausgetragenes, univ. ödematöses Mädchen geboren. Die Placenta, von der einige Stücke abgehen, wird wegen beginnender Blutung mit forciertem Credé exprimiert.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt wurde im Berichtsjahre 1910 18mal ausgeführt, meistens nach der Operationsmethode von Döderlein. Das Resultat war: 17 Wöchnerinnen konnten entlassen werden, die Mehrzahl von ihnen nach 10 Tagen, eine starb nach 8 Tagen. 15 Kinder wurden lebend geboren und mit ihren Müttern entlassen, 2 wurden asphyktisch geboren und konnten nicht mehr ins Leben zurückgerufen werden, 1 Kind wurde tot geboren. Was den einen Todesfall anlangt, so handelte es sich um eine 30jährige I para (J.-Nr. 476), die von Traunstein eingeliefert worden war, nachdem sie bereits den vierten Tag vergeblich kreißte und vor 34 Stunden die

Blase gesprungen war. Temperatur 38,7. Bei der Beckenmessung findet sich eine Diagonalis von 9,5 cm, Scheidensekret schleimig, jauchig, stinkend. Urin enthält viel Blut und Eiweiß. Kindliche Herztöne 180—200. Wegen krampfartiger Wehen 0,01 Morph., dann wird Part. ruhig. Innerer Befund: Muttermund geöffnet, kleinhandtellergroß. Vorliegender Teil ist der Kopf, beweglich über dem Beckeneingang. Ausziehung des unteren Uterinsegmentes. Temperatur 38,8. Operation: extraperitonealer Kaiserschnitt. Typische Entwicklung des vorliegenden Kopfes mit Forzeps, sofortige Abnabelung. Kind im 3. Grade asphyktisch, Wiederbelebung gelingt nicht. Nach der Entleerung des Uterus fließt stinkender, schmieriger Uterusinhalt aus. Ausgiebige Ausspülung des Uterus mit Lysoformlösung. Placenta folgt auf Credé. Ergotininjektion. Wegen leichter Blutung Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze. Peritoneum zeigt sich bei der Revision nicht eingerissen, Naht des Cervix durch zwei fortlaufende Katgutnähte, Jodoformdocht vom Cavum Rezii in den rechten Wundwinkel, Katgut-Faszienaht, Hautnaht mit Klammern. Nach einer Stunde Auftreten eines Schüttelfrostes. 4 Stunden später Entfernung der Tamponade. Uterus gut kontrahiert.

Am ersten Tage nach der Operation: Keine Nachblutung, Katheterismus, Blasenspülung, leichter Meteorismus, auf Einlauf Stuhlgang, Temperatur 39,6;

am zweiten Tag: Leib leicht aufgetrieben und druckempfindlich, Puls kräftig, 90, Entfernung des Dochtes, Einlegen eines Gummidrainrohres, Blasenspülung, Stuhlgang, Temperatur 38,6;

am dritten Tag: Leib weicher, Puls 80, aus dem Drainrohr sehr reichliches, stinkendes Sekret, Temperatur 36,5—36,8;

am fünften Tag: Allgemeinbefinden besser, Leib in den abhängigen Partieen noch etwas druckempfindlich, Temperatur fällt langsam, aus dem Drainrohr urinös riechendes Sekret (Ureterennekrose?);

am sechsten Tag: Temperaturanstieg, Schüttelfrost, Zunge belegt, Leib leicht gespannt;

am achten Tag: Exitus.

Die Sektion ergibt: Intaktsein des Peritoneums. Endometritis septica. Tod durch Sepsis.

Der klassische Kaiserschnitt wurde nur in 1 Falle ausgeführt, und zwar bei einer 25jährigen Ipara mit dem günstigsten Resultate für Mutter und Kind (J.-Nr. 534). Part. kommt abends mit mäßigen Wehen auf den Kreißsaal mit der Diagnose Placenta praevia. Während der Nacht hatte sie schwache Wehen, keine Blutung, kindliche Herztöne gut. Die Untersuchung in Narkose ergibt: Im fünfmarkstückgroßen Muttermund fühlt man einen relativ weichen, faustgroßen Tumor, der anfangs als zum Kinde gehörig erscheint. Die genauere

Untersuchung ergibt zwei derbe Tumoren, die aus der vorderen Muttermundslippe und Uteruswand entspringen. Daneben fühlt man hoch oben im Beckeneingang in der stehenden Blase den kindlichen Kopf. Operation: Bauchschnitt nach Pfannenstiel (ein Querschnitt, welcher nicht nur die Haut, sondern auch die Faszie quer durchtrennt, um dann zwischen den beiden Mm. recti in der Medianlinie in die Bauchhöhle zu gelangen). Es präsentiert sich der im 10. Monate schwangere Uterus, der im unteren Uterinsegment quer inzidiert wird. Entwicklung des Kindes am vorliegenden Kopf. Kind 2900 g schwer, lebend. Typische Totalexstirpation des Uterus. Der Muttermund ist handtellergroß, in ihm sichtbar das faustgroße, submuköse Myom. Mutter und Kind werden am 16. Tage entlassen.

Die Hebosteotomie oder beckenerweiternde Operation, die nach der Döderleinschen Methode in einer Durchsägung des Os pubis etwa $^3/_4$ cm von der Symphyse entfernt nach links mit der Giglischen Drahtsäge besteht, worauf der Knochen sofort $1^1/_2$—2 cm auseinanderklafft, wurde 9 mal ausgeführt mit den besten Erfolgen. Es wurden 9 kräftige, lebende Kinder geboren, die alle den Wöchnerinnen bei ihrer Entlassung am 16.—30. Tag in guter Verfassung mitgegeben werden konnten. Das Resultat einer späteren Untersuchung der durch Hebosteotomie Entbundenen war: Keine subjektiven Beschwerden, keine nachweisbaren Beeinträchtigungen.

Bei einer Beckenverengerung leichteren Grades wurde in 9 Fällen die Wendung und Extraktion ausgeführt. 7 Kinder wurden lebend zur Welt gebracht, 1 Kind asphyktisch, das nach wenigen Minuten verschied, und 1 Kind wurde tot geboren.

Die Perforation wurde im Berichtsjahre in 29 Fällen ausgeführt, 22 mal am vorliegenden Kopf und 7 mal am nachfolgenden Kopf. In 23 Fällen waren die Kinder tot, in 6 lebend. In 4 Fällen ging der Perforation die Hysterotomia vaginalis anterior voraus, die durch Placenta praevia bedingt war. Auch hier möchte ich mir erlauben, einige interessante Fälle anzuführen.

Eine 23jährige I para (J.-Nr. 2523) kommt auf den Kreißsaal, nachdem soeben die Blase gesprungen ist. Seit 48 Stunden hat sie bereits gekreißt. 7 Stunden später Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser, kindliche Herztöne sind nirgends zu hören. Da sehr starke Wehen auftreten, erhält sie Morphium injiziert. Der Muttermund ist fünfmarkstückgroß, das untere Uterinsegment stark ausgezogen. Wegen drohender Uterusruptur bei starkem Mekoniumabgang und ungenügend eröffnetem Muttermund wird das Kind mit dem Zweifelschen Kranio-Kephaloklasten perforiert. Die Wöchnerin wird nach 12 Tagen entlassen.

Eine 31jährige XI-Gebärende (J.-Nr. 582) wird aus der Poliklinik eingeliefert. Die Untersuchung ergibt folgenden Befund: Fundus

uteri als große Halbkugel links oben im Abdomen zu fühlen. Der Kontraktionsring reicht beinahe bis in Nabelhöhe. Das untere Uterinsegment ist papierdünn, es sind außerordentlich deutlich die kindlichen Teile zu fühlen. Da seit $3^1/_2$ Stunden eine regelmäßige Wehentätigkeit aufgehört und seitdem wenig hellrotes Blut abgeht, Verdacht auf bereits eingetretene Spontanruptur. Morphiuminjektion 0,01. Durch die Morphiumeinspritzung erschlafft der Uterus, die kindlichen Herztöne bessern sich. Während der nun folgenden Narkose wird die Nabelschnur fast pulslos. Hoher Zangenversuch mißlingt, deshalb Perforation des absterbenden Kindes. Kranioklasie und Extraktion mit Auvard-Zweifel. Nach der Extraktion des Kopfes beginnt bei dem Versuche der weiteren Extraktion der Schultern das Instrument auszureissen. Es wird deshalb ein Tuch um den Hals des Kindes geschlungen, und nach Herausholen des ursprünglich neben dem Kopf liegenden, jetzt eingekeilten Armes gelingt die Extraktion leicht. Placenta, die bereits gelöst ist, folgt auf Credé. Die nun erfolgende Nachuntersuchung ergibt zwar eine sehr starke Ueberdehnung des unteren Uterinsegmentes, aber keine Verletzung. Wegen leichter Atonie Uterus- und Scheidentamponade. Entlassung nach 7 Tagen.

Eine 21jährige I para (J.-Nr. 588) wird nachts von der Sanitätskolonne eingeliefert, nachdem sie kurz zuvor von einem Arzte außer der Klinik wegen starker Wehen eine Mor-

phiuminjektion erhalten hatte. Temperatur 38,0, Puls 88, Abgang von Mekonium, Herztöne unregelmäßig, 160—170 in der Minute. Nach anfänglichem Aussetzen wieder kräftige Wehen. Kontraktionsring zwei Querfinger unter dem Nabel, Atemnot infolge Hautemphysems im Bereiche des ganzen Halses. Deshalb in Chloroform-Aethernarkose Scheidenspülung, Perforation der vorliegenden Stirn mit dem Blotschen dolchförmigen Perforatorium. Anlegen des Zweifelschen Kephalo-Kranioklasten, Extraktion. Uterus-Scheidenspülung, Revision des Genitaltraktus ergibt keine Verletzung; 2 ccm Ergotin, keine Blutung. Geburt der Placenta auf leichten Druck. Entlassung nach 9 Tagen.

Eine 40jährige Kreißende (J.-Nr. 967), die bereits fünf Spontangeburten, die letzte vor 3 Jahren, durchgemacht hat, kommt am fünften Tage nach dem Blasensprunge auf den Kreißsaal mit kräftigen Wehen. Temperatur 38,2. Keine kindlichen Herztöne sind zu hören. Ueber der Symphyse großer, weicher Teil, vielleicht abgewichener Steiß, fühlbar. Das Becken ist leer, die Portio verstrichen, Muttermund dreimarkstückgroß, innerer Muttermund verstrichen, Blase gesprungen, vorliegender Teil fraglich. Die Untersuchung in Narkose ergibt folgenden Befund: Oberhalb der Symphyse fühlt man einen faustgroßen, weichen Tumor, der jedoch nicht die gefüllte Blase darstellt. Beim Katheterisieren mit weichem Katheter entleeren sich nur wenige Tropfen eines

klaren Urins, als vorliegender Teil wird der Kopf festgestellt. Daher 5 cm lange Inzision in den Cervix, Perforation des toten Kindes, Kranioklasie und Extraktion mittels Kephalokranioklast. Placenta wird mit Credé exprimiert. Uterus- und Scheidentamponade. Beim Nachfühlen ergibt sich für den obengenannten Tumor ein Cervixmyom, außerdem trägt der Uterus noch kleinere Myomknoten. Infolgedessen am nächsten Tage Laparotomie, Totalexstirpation des Uterus. Im Abdomen kein Blut, aber eine mäßige Menge seröser Flüssigkeit. Heraushebeln eines kindskopfgroßen Uterus mittels Bohrer, was erst nach Abtragen der linken Ligamenta gelingt. Es zeigt sich jetzt eine inkomplette Ruptur nach rechts, Hämatom im rechten Parametrium, Totalexstirpation unter Zurücklassung des linken Ovariums. Vernähung der Scheide, Peritonisierung der Stümpfe, Schluß der Bauchhöhle.

Erster Tag nach der Operation: Wenig Erbrechen, Temperatur 37,5, kein Stuhl;

zweiter Tag: kein Erbrechen, Temperatur 36,5 abends;

dritter Tag: kein Erbrechen, Temperatur 37,7, Stuhl auf Magnesia usta;

vierter Tag: kein Erbrechen, Temperatur 38,5, Stuhl spontan;

fünfter Tag: Erbrechen, Temperatur auf gleicher Höhe wie gestern, Abgang von schwarzem, blutig gefärbtem Stuhl, Leib stark aufgetrieben, bretthart, gespannt. Exitus.

Sektionsbericht: Diagnose: Hochgradiger paralytischer Ileus bei akuter fibrinöser, eitriger Peritonitis, ausgehend von einer Nahtstelle im kleinen Becken nach Totalexstirpation des Uterus. Ganz frische Ausscheidungsabszesse im oberen Pole der rechten Niere. Substanzielles Lungenemphysem, geringe Herzhypertrophie und Dilatation rechts. Leichte Stauung der abdominalen Organe. Geringe frische Milzschwellung.

Bakteriologisch: Aus Bauchhöhleneiter massenhaft Diplokokken in kurzen Ketten wachsend.

Mikroskopisch: Beginnende Abszedierung der Niere.

Eine 44jährige VI-Gebärende (J.-Nr. 991) wird aus der Poliklinik eingeliefert mit der Diagnose II. dorsoposteriore Querlage. Die Blase ist bereits gestern Abend gesprungen. Das Kind lebt, kindliche Herztöne 140—160, keine Ausziehungserscheinungen am Uterus, Schultern des Kindes noch beweglich. Die Wendung nach Anschlingen des vorgefallenen Armes gelingt nach Herabholen des rechten Fußes, allerdings mit großer Schwierigkeit, desgleichen langsam die Extraktion des Rumpfes bis zum Kopf nach Lösung des linken Armes. Kopf folgt auf mäßig forzierten Veit-Smellieschen Handgriff und Druck von außen nicht, beim Zug ist ein Knacken in der Halswirbelsäule fühlbar, deshalb Perforation des nachfolgenden Kopfes. Ausspülen der Gehirnmas-

sen, worauf der Kopf auf leichten Zug folgt. Heiße Uterusspülung. Der eingestellte Muttermund zeigt keine Verletzung, desgleichen findet sich bei der inneren Untersuchung am Uterus nirgends eine beschädigte Stelle. Expression der Placenta. Entlassung nach fünf Tagen.

Eine 20jährige Ipara (J.-Nr. 1015) wird von der Sanitätskolonne eingeliefert. Befund: Herztöne nirgends zu hören, äußere Genitalien livid verfärbt, Vulva geschlossen, Hymen erhalten, Scheide eng, Portio ziemlich hart, äußerer Muttermund virginell, innerer Muttermund geschlossen. Vorliegender Teil fraglich, Tumor ovarii? Chorionepitheliom? Temperatur 37,8, Puls 72.

Keine eigentlichen Wehen, geringe Kreuzschmerzen, stärkere zuckende Schmerzen ausschließlich in der linken Seite, die allerdings periodisch auftreten. Keine Blutung. Am nächsten Tag sind die Schmerzen etwas geringer, Puls 86, Temperatur 37,6. Der Urin ist klar und frei von Eiweiß, mikroskopisch: vereinzelte Epithelien, keine Zylinder, keine Leukozyten. Abends treten kräftige, andauernde Wehen auf. Part. fühlt sich schlecht. Nach 3 Stunden treten Blutungen auf. Puls 96, weich, klein; Temperatur 37,9. Uterus bretthart gespannt. Innerer Befund: Portio verstrichen, Muttermund scharfrandig, für einen Finger durchgängig, Blase steht, man fühlt einen harten, ballotierenden Körper. Es wird nun die Diagnose: Gravidität mit vorzeitiger

Lösung der normal sitzenden Placenta gestellt und die Operation beschlossen. Kindliche Herztöne sind nirgends zu hören. In Chloroform-Aethernarkose 4 cm lange Inzision in die vordere Muttermundslippe, nachdem sich die Blase hat leicht abschieben lassen. Das Fruchtwasser ist klar. Der vorliegende Teil wird nun perforiert, der Zweifelsche Kranio-Kephaloklast angelegt und extrahiert, was leicht gelingt und wobei sich der perforierte Kindsteil als der Steiß entpuppt. Um die Portio weiter zu schonen, wird der Kopf mit der Schere vom Nacken aus perforiert und läßt sich dann leicht entwickeln. Nun kommen erst minimale schwarze Blutgerinnsel und erst nachdem die Placenta exprimiert erscheint, kommen ungefähr 800 ccm schwarze Blutkoagula nach. Der Uterus kontrahiert sich leidlich, Spülung, 2 ccm Ergotin, Tamponade, Naht, darauf steht die Blutung. Entlassung nach 6 Tagen.

Eine 25jährige Ipara (J.-Nr. 1043) wird von der Sanitätskolonne eingeliefert. Nach Aussagen des begleitenden Arztes sind mehrere vergebliche Zangenversuche vorausgegangen, jedoch ohne ersichtlichen Erfolg. Vor $1^1/_2$ Stunden sollen noch kindliche Herztöne gehört worden sein. Befund: II. Hinterhauptslage mit beinahe vollendeter innerer Drehung, Leitstelle im Beckenausgang, völlig erweiterte Weichteile. Vorderer Teil der Vagina, speziell labia minora sind stark blutig suggiliert und gequetscht. In der Scheide ungefähr in der

Mitte ein Riß, durch den man mit zwei Fingern ins Parakolpium dringen kann. Der vorliegende Kopf ist von normaler Beschaffenheit, kindliche Herztöne sind nicht zu hören, auch nachdem die prall gefüllte Blase entleert ist, Resturin trüb, leicht sanguinolent, Uterus krampfhaft um das Kind kontrahiert. In Chloroform-Aethernarkose Perforation, Kephalokranioklasie und Extraktion des Kindes. Die bereits gelöste Placenta wird manuell entfernt. Mäßige Nachblutung, die nach 2 ccm Ergotin und Uterus-Scheidentamponade steht. Entlassung nach 7 Tagen.

Eine 25jähr. IV-Gebärende (J.-Nr. 1123) — die ersten zwei Kinder wurden tot geboren, dritte Geburt eine Steißlage, Kind lebt — kommt mit sehr starken Wehen auf den Kreißsaal, die Geburt scheint schon geraume Zeit im Gange zu sein. Alsbald werden die Wehen noch kräftiger, und nach kurzer Zeit springt die Blase. Die kindlichen Herztöne sind andauernd gut. Die Füße des Kindes treten jetzt vor die Vulva und rücken immer weiter vorwärts. Die Beine sind geboren, die Nabelschnur ist um sie geschlungen, teilweise auch der Rumpf, da stemmen sich die Schulterblätter an der Symphyse an. Mit den nächsten Wehen rückt der obere Körperteil nicht weiter vorwärts. Es wird daher zur Armlösung geschritten, die jedoch trotz mehrmaliger Versuche nicht gelingt, da die Arme hoch nach oben geschlagen sind. Mit einem nochmaligen Versuche gelingt es doch, allerdings mit

Frakturierung eines Armes. Nach gelungener Armlösung steht der Kopf hoch über dem Becken und ist nicht herauszubekommen. Nur die Perforation am nachfolgenden Kopfe steht jetzt noch als Entbindungsmöglichkeit zur Verfügung. Sie wird mit Zweifels Kranioklast ausgeführt.

Eine 30jährige III-Gebärende (J.-Nr. 1530) wird mit sehr kräftigen Wehen eingeliefert. Das Hinterhaupt des Kindes ist sehr stark ausgezogen, der Kopf tritt mit dem größten Durchmesser nicht ins Becken ein. Es gelingt nur schwer, die prall gefüllte Blase zu katheterisieren. Der Harn ist klar. Trotzdem die kindlichen Herztöne sehr unregelmäßig sind, wird mit Rücksicht auf die Schwierigkeit bezw. die eventuelle Unmöglichkeit einer Zangenextraktion von dieser Operation abgesehen. Obwohl die Wehen sehr intensiv sind, ist kein Fortschritt in der Geburt zu bemerken. Der Harn wird blutig, die vordere Muttermundslippe hat sich blauschwarz verfärbt. Infolgedessen wird, da inzwischen auch das Kind abgestorben ist, ohne Zangenversuch die Perforation vorgenommen. Perforation, Kranioklasie, Extraktion. Die Extraktion gelingt sehr leicht. Placenta folgt auf Credé. Beim Nachtasten zeigt sich nun im stark überdehnten unteren Uterinsegment ein etwa ein- bis zweimarkstückgroßes Loch, durch das man ins Cavum vesico-uterinum gelangt. Das Peritoneum ist jedoch nicht verletzt, die Blase kontinent. Einführen eines Dauerkatheters, Uterus- und

Scheidentamponade. Ergotininjektion, keine Nachblutung. Puls 120, Temperatur in der Achselhöhle 36,5. Die Wöchnerin hat während der Nacht starkes, gallig verfärbtes Erbrechen, über Schmerzen hat sie am nächsten Morgen nicht zu klagen, der Leib ist in der unteren Hälfte etwas aufgetrieben, jedoch nirgends druckempfindlich. Die Tamponade wird entfernt, keine Blutung mehr. Temperatur 36,8, Puls 116. Entlassung nach 15 Tagen.

Unter sämtlichen 29 Fällen endete nur 1 Fall letal für Mutter und Kind.

Die Evisceratio und Decapitatio mußte nur ein einziges Mal vorgenommen werden. Es handelte sich um eine II. dorsoanteriore, verschleppte Querlage bei einer 24jährigen IV-Gebärenden (J.-Nr. 78, Hebammenschule). Der linke Arm, der aus der Vulva heraushängt, wird angeschlungen. Die Anlegung des Dekapitationsinstrumentes nach Ribémond-Bong-Döderlein gelingt nur sehr schwer, da es fast unmöglich ist, zum Halse zu gelangen. Die Evisceratio erleichtert dieses etwas. Durchführung der Säge, ohne daß der zweite Teil des Instrumentes direkt eingepaßt ist. Durchsägen mit wenigen Zügen. Extraktion des Rumpfes am vorliegenden Arm, dabei ergibt sich, daß das Instrument durch die rechte Achselhöhle hindurchgeführt worden war und deshalb die korrekte Anlegung Schwierigkeiten gemacht hatte. Extraktion des Kopfes am anderen Arm.

Bei einer 28jährigen VI-Gebärenden wurde die Dissectio foetus mortui ausgeführt (J.-Nr. 475), der einzige Fall im ganzen Berichtsjahre. Nach den Angaben der Hebamme ist bereits am Tage vorher beim Untersuchen die Blase gesprungen, und seitdem fließt grünlich verfärbtes Fruchtwasser ab. Eine Stunde vor der jetzigen Untersuchung sollen noch kindliche Herztöne oberhalb der Symphyse gehört worden sein. Während der Nacht soll Kopflage (wahrscheinlich Gesichtslage) vorgelegen haben. Befund: Tetanischer Uterus. Palpation und Auskultation deshalb ohne Resultat. Keine kindlichen Herztöne hörbar. Innere Untersuchung: Becken leer, Cervix noch nicht ganz verstrichen, Blase gesprungen. Ueber dem Beckeneingang steht ein Weichteil. Rechts davon sind Wirbel, links hoch oben eine Scapula zu fühlen. Diagnose: Querlage mit tief getretener Brust. Wegen stürmischer Wehen wird zunächst Morph. 0,015 subkutan injiziert, worauf die Wehen nachlassen. In Chloroform-Aethernarkose Durchtrennung der Wirbelsäule mit dem Küstnerschen Rhachiotom. Durchtrennung der übrigen Weichteile mit dem Braunschen Schlüsselhaken, Extraktion des Brustkorbes mittels der Börschen Knochenpinzette. Lösung des hinteren rechten Armes, Extraktion des Kopfes nach Veit-Smellie, hernach Extraktion der zweiten Hälfte am linken Fuß. Placenta erscheint auf Credé. Wegen mäßiger Blutung 2 ccm Ergotin. Entlassung nach 5 Tagen.

Die Dekapitation fand ihre Anwendung im Jahre 1910 in 3 Fällen, von denen ich zwei anführen möchte. Alle drei Wöchnerinnen konnten nach 7 Tagen entlassen werden.

Eine 21jährige I para (J.-Nr. 1246) kommt auf den Kreißsaal mit kräftigen Wehen. Sie behauptet, seit acht Tagen keine Kindsbewegungen mehr zu spüren. Bei der Untersuchung ist ein Arm im Beckenausgang zu tasten, der nach einigen Minuten geboren wird. Die Haut desselben ist mazeriert. Anschlingung des Armes mit der Wendungsschlinge, Durchschneidung des Halses mit einer Schere, Brechung der Halswirbelsäule mit dem Zweifelschen Trachelorhekter. Nun wird der Rumpf herausgezogen, der Kopf mit der Boerschen Knochenzange gefaßt und entwickelt. Die Placenta folgt auf leichten Druck. Uterusspülung. Blutung steht nach Injektion von Ergotin.

Eine 34jährige IV-Gebärende (J.-Nr. 488, Hebammenschule) wird mit mäßigen Wehen eingeliefert. Die alsbaldige Untersuchung ergibt: Das Becken ist leer, vor liegt ein kleiner Teil hoch über dem Beckeneingang. Der Muttermund ist für einen Finger bequem durchgängig, die Blase steht. Kindliche Herztöne sind im ganzen Bereiche des Uterus nicht wahrzunehmen. Am nächsten Morgen ist bei der inneren Untersuchung der Muttermund für zwei Finger durchgängig, ein vorliegender Teil ist nicht zu fühlen. Bei einer weiteren, etwas späteren, inneren Untersuchung wird ver-

sehentlich die Blase gesprengt, worauf sehr kräftige Wehen eintreten, der innere Befund ist unverändert. Im Verlauf einer Viertelstunde kontrahiert sich der Uterus fest um das Kind, so daß eine Wendung nicht mehr ausgeführt werden kann. Daher Hysterotomia vaginalis anterior, Dekapitation, Extraktion des Rumpfes, Kephalothrypsie, manuelle Lösung der Placenta. Uterus kontrahiert sich gut.

Der dritte Fall J.-Nr. 507, Hebammenschule) ähnelt in seinem ganzen Verlauf dem ersten. Es handelte sich um eine II. verschleppte Querlage bei einer 33jährigen IV-Gebärenden.

Operationen	Zange	Hebosteotomie	Sect. cæsar. clas. et extrap.	Hysterotom. vaginalis.	Wend. u. Extraktion	Extraktion	Zerstück. Operationen	Künstliche Frühgeburt
Gesamtzahl	63	9	19	49	32	58	5	20
Fieberhaftes Wochenbett bis 39°	12	3	6	9	6	9	1	5
Fieber über 39	4	—	2	7	—	4	—	4
Mortalität der Mütter	—	—	1	1	—	—	—	—
Mortalität der Kinder	8	—	3	26	12	13	5	2
Lebende Kinder	55	9	16	23	20	45	—	22

Eklampsie wurde im Berichtsjahre in 19 Fällen beobachtet. Die Fälle verteilen sich auf die einzelnen Schwangerschaftsmonate wie folgt:

6.	Monat	2
7.	„	1
8.	„	4
9.	„	1
10.	„	9
nach d.	Geburt	2

Die beiden letzten Fälle wurden vollständig entbunden eingeliefert. Die geringste Anzahl von Anfällen betrug 1, die größte 17. Nur ein einziger Fall endete letal. Die Therapie besteht einmal in der Unterdrückung der Krampfanfälle durch Verabreichung narkotischer Mittel, so vor allem Morphium, das in Dosen von 0,01—0,02 mehrmals nacheinander subkutan injiziert wird, dann in Injektionen von Parathyreoidin, einem Extrakt der Glandula thyreoideae, subkutan. Ferner wird eine Besserung der Nierenfunktion zu erzielen gesucht durch subkutane Infusionen reichlicher Mengen von physiologischer Kochsalzlösung. Durch die von Edebohl angeregte Nierendekapsulation soll der Zustand hoher Spannung in der Niere und damit die venöse Stauung beseitigt und die regelrechte Funktion wieder eingeleitet werden. In sämtlichen Fällen wurde auch viel Flüssigkeit zum Trinken, namentlich Wasser und Zitronenlimonade verabreicht, um eine Steigerung der Diurese herbeizuführen. Der oberste Grundsatz war und bleibt die möglichst rasche Entleerung des Uterus. In solchen Fällen, wo die Eröffnung des Muttermundes weit genug vorgeschritten war, konnte zur Zange gegriffen werden, nämlich in 2 Fällen. Schwieriger lagen die Verhältnisse dann, wenn der Muttermund noch geschlossen oder nur ungenügend geöffnet war. Unter solchen Umständen handelte es sich darum, der entbindenden Operation die Erweiterung des Muttermundes vorauszu-

schicken. Dieses geschah in 1 Falle mit Hilfe der Metreuryse, in 9 Fällen wurde durch die Hysterotomia vaginalis anterior nach Döderlein mit anschließender Wendung und Extraktion oder Zange entbunden.

Ich möchte nicht versäumen, die beiden schwersten Fälle von Eklampsie hier anzuführen. Im ersten Falle handelte es sich um eine 26jährige II-Gebärende (J.-Nr. 589), bei der während ihrer Schwangerschaft nichts Besonderes bemerkbar war. Um 8 Uhr 2 Min. früh bekommt sie einen typischen eklamptischen Anfall, der 2 Minuten dauert.

8 Uhr 30 Min. 2. Anfall, Dauer $1^1/_2$ Min.

8 Uhr 45 Min. Spontangeburt eines lebenden, ausgetragenen Knaben.

9 Uhr 3. Anfall, Dauer 2 Min.

9 Uhr 45 Min. 4. Anfall, Dauer 50 Sek.

10 Uhr 15 Min. 5. Anfall, Dauer 1,5 Min. Morph.-Injekt. 0,01.

11 Uhr 10 Min. 6. Anfall, Ol. camphorat.-Injektion 0,4.

11 Uhr 48 Min. 7. Anfall, Morph.-Inj. 0,01.

12 Uhr 35 Min. 8. Anfall.

1 Uhr 20 Min. 9. Anfall.

2 Uhr 5 Min. 10. Anfall.

2 Uhr 58 Min. 11. Anfall.

3 Uhr 50 Min. 12. Anfall Morph.-Inj. 0,02.

4 Uhr 25 Min. 13. Anfall.

Katheterismus 600 ccm Harnmenge — aufgenommene Flüssigkeit 750 ccm. Urinuntersuchung: Brauner Urin, im Sedimente massenhafte, zum größten Teil ausgewaschene, rote

Blutkörperchen, spärliche Leukozyten und Nierenepithelien, die teilweise verfettet sind. Reichliche granulierte und Hämoglobinzylinder. Epithelien der Harnwege. Albumen über 1,2%. 5 Uhr Operation: Doppelseitige Freilegung der Nieren. Nach Durchtrennung der Fettkapsel werden die Nieren in situ dekapsuliert. Längsschnitt über die Konvexität des Organs und stumpfes Zurückschieben. Dabei beiderseits ziemliche Blutung, die durch Tamponade mit steriler Gaze gestillt wird. Tampon bleibt liegen, darüber Vereinigung der Faszien und der Haut. Die Nieren waren weder vergrößert, noch ödematös, und die Kapsel war nicht gespannt.

6 Uhr 15 Min. 14. Anfall, Dauer 50 Sek.

6 Uhr 30 Min. 15. Anfall, Dauer 50 Sek.

Die ausgeführte Operation scheint ohne jeden Erfolg zu sein. Kurz nachher nochmals 2 Anfälle. Auf Katheterismus entleert sich dunkelbrauner Harn. Puls wird immer kleiner. Trotz der künstlichen Atmung, Herz- und Lungenmassage sistiert dieselbe.

12 Uhr 30 früh des nächsten Tages Exitus.

Der zweite Fall betrifft eine 24jähr. Ipara (J.-Nr. 401).

6 Uhr 30 Min. p. m. 1. eklamptischer Anfall. Die Frau macht nachher einen leicht benommenen Eindruck, klagt über Kopfschmerzen, Urin 1,5% Albumen. In den nächsten 10 Stunden, in denen auch die Spontangeburt erfolgt, treten weitere 10 Fälle auf, dabei be-

steht große Atemnot. Sie ist benommen, nimmt keinerlei Getränke zu sich. Durch Katheterismus werden 120 ccm dunkelbraunen Urins entleert. Beim nächsten auftretenden Anfall ist Patientin dunkelblaurot und macht den Eindruck einer Moribunden. Eine Stunde nach diesem Anfall Dekapsulation beider Nieren. Der nach $2^1/_2$ Stunden erfolgte Katheterismus ergibt 45 ccm hellen, trüben Urin, Katheterismus nach weiteren 5 Stunden 110 ccm helleren, mäßig trüben Urins. Nach der Operation tritt kein eklamptischer Anfall mehr auf, Coma bessert sich sehr rasch, Patientin trinkt bereits eine Stunde nach der Operation von den ihr dargebotenen Flüssigkeiten.

1. Tag nach der Operation: Abdomen leicht aufgetrieben, Puls 100, regelmäßig, mittelkräftig, auf Einlauf reichlicher Stuhl.

2. Tag nach der Operation: Abdomen weich, nicht druckempfindlich. Die Untersuchung des Harns nach 14 Tagen ergibt 0,025% Albumen. Entlassung 26 Tage nach der Einlieferung in gutem Zustande.

Diese beiden Fälle waren zugleich die einzigen, bei denen die Dekapsulation der Nieren vorgenommen wurde.

Bei 3 Kreißenden (J.-Nr. 788, 1393, 1722), die in der Anstalt aufgenommen wurden, ergab die Anamnese, daß sie an Epilepsie leiden. Bei keiner ist jedoch während ihres Aufenthaltes ein epileptischer Anfall aufgetreten.

Die Placenta praevia, die im Verhältnis zur Eklampsie an der hiesigen Klinik eine bedeutend bessere Prognose hat, kam im Jahre 1910 in 35 Fällen zur Beobachtung, und zwar bei 7 Erstgebärenden und 28 Mehrgebärenden. Was die Verteilung auf die einzelnen Monate anlangt, so trafen

auf	den	5.	Monat	der	Schwangerschaft	2
„	„	6.	„	„	„	3
„	„	7.	„	„	„	4
„	„	8.	„	„	„	7
„	„	9.	„	„	„	8
„	„	10.	„	„	„	11

Im 10. Monat der Schwangerschaft kamen also die meisten Fälle vor. In 4 Fällen erfolgte bald nach der Einlieferung die Spontangeburt. Bei je 2 Fällen konnte das Kind infolge genügender Erweiterung des Muttermundes extrahiert bezw. gewendet und extrahiert werden. In weiteren 2 Fällen genügte die Blasensprengung allein, um den übrigen Verlauf der Geburt blutlos zu gestalten. In 2 Fällen gelang es mit Hilfe der Wendung auf den Fuß und der tamponierenden Wirkung des Steißes, der Blutung Herr zu werden. Die Austreibung der gewendeten Frucht wurde also den Wehen überlassen. Durch die intrauterine Metreuryse wurde ebenfalls in 2 Fällen eine Kompression der blutenden Fläche erzielt. In den meisten Fällen wurde zur sofortigen Entbindung geschritten durch Hysterotomia vaginalis ant. mit anschließender Wendung und Extraktion 19 mal, mit anschließender Ex-

traktion allein 1 mal und 1 mal mit anschließender Perforation und Kranioklasie. In 3 Fällen mußte der nachfolgende Kopf perforiert werden. Die Entfernung der Placenta erfolgte, soweit sie nicht spontan geboren wurde, in den meisten Fällen auf leichten Druck, 6 mal war eine manuelle Lösung der Placenta erforderlich. Das Resultat sämtlicher vorgenommenen Operationen war, daß von 35 Kindern 19 Kinder lebend geboren wurden, von denen in den nächsten Tagen 7 mit Tod wieder abgingen, und 16 tot geboren wurden. Von den Müttern mußte eine wegen Placenta praevia ihr Leben lassen. Es war eine 22jährige I para (J.-Nr. 333) im 7. Schwangerschaftsmonate. Sie wird in sehr ausgeblutetem Zustande von der Sanitätskolonne eingeliefert. Puls 120, blasse Schleimhäute, etwas beschleunigte Atmung. Die Untersuchung, bei der sie außerordentlich stark blutet, ergibt die Diagnose: bei fünfmarkstückgroßem Muttermund Placenta praevia centralis. Infolge des großen Blutverlustes wird sofort die Placenta durchstoßen und die Wendung auf den Fuß gemacht. Da das Kind sehr klein ist, gelingt es mit Leichtigkeit, sofort zu extrahieren. Placenta folgt sofort nach. Die Einstellung des Muttermundes mit Spekulum zeigt, daß der Cervix weder durch eine Verletzung noch durch einen Riß irgendwie in Mitleidenschaft gezogen wurde. Uterus und Scheide werden nun sorgfältig tamponiert, Kochsalzinfusion, Ergotin. Der Puls erholt sich langsam. Am

nächsten Morgen beträgt die Pulsfrequenz 90, ziemlich kräftig, außerdem bestehen sehr starke Nachwehen. Wegen der sehr intensiven Uteruskontraktionen wird 7 Stunden nach der Operation die Tamponade entfernt, sofort hernach tritt ein Kollaps auf. Die Nachuntersuchung wegen Verdacht auf innere Blutung ergibt keine Verletzung des Uterus. Abermalige Tamponade. Trotz erneuter NaCl-Infusion und Kampfer erfolgt nach $^3/_4$ Stunden der Exitus.

Die Sektion führte zur Diagnose: Reiner Verblutungstod, keine Uterusverletzung.

Die Angehörigen gaben nachträglich an, daß sie schon seit acht Tagen geblutet habe und daß kurz vor ihrer Verbringung in die Klinik plötzlich so viel Blut abging, daß sie einen Ohnmachtsanfall bekam.

Abnorme Lagen der Kinder.

Die Entwicklung der Kinder, die sich in Schief- oder Querlage eingestellt hatten, machte die verschiedenartigsten Operationen nötig. Von den 36 Schief- oder Querlagen konnte in 2 Fällen eine Spontangeburt erzielt werden nach äußerer Wendung. In den weitaus meisten Fällen, nämlich 19, wurde durch Wendung und Extraktion das Kind entwickelt, allerdings war bei einem Kinde eine Fractura femoris nicht zu vermeiden.

Die Entwicklung des Kindes geschah ferner in:

1 Fall durch extraperitoneal. Kaiserschnitt mit Forzeps.
1 Fall durch Dissectio.
2 Fällen durch Decapitatio.
1 Fall durch Decapitatio und Evisceratio.
2 Fällen durch Wendung und Extraktion mit Perforation d. nachfolgenden Kopfes.
1 Fall Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit Wendung und Extraktion.
1 Fall infolge Kombination mit engem Becken Hebosteotomie mit anschließender Wendung und Extraktion.
1 Fall wegen Kombination mit Wehenschwäche.
1 Fall wegen Kombination mit Nephritis.
3 Fälle wegen Kombination mit Placenta praevia die Hysterotomia vaginalis anterior mit anschließender Wendung und Extraktion.
1 Fall Hysterotomia vag. ant. und Decapitation.

Der Erfolg für die Kinder war:

lebend geboren	22
davon gestorben	6
tot geboren	14

Von den 31 Kindern in Gesichtslage wurden:

spontan geboren	22
mit der Zange entwickelt	4
durch den extraperitonealen Kaiserschnitt	1
durch Perforation und Kranioklasie	2
durch Wendung und Extraktion mit Perforation des nachfolgenden Kopfes infolge Kombination mit Placenta praevia	1

durch Wendung und Extraktion infolge Kombination mit Nabelschnurvorfall 1

Das Resultat für die Kinder war:

tot geboren	6
lebend geboren	25
davon gestorben	2

Von diesen 31 Fällen dürfte 1 Fall besonderes Interesse verdienen:

Eine 23jährige Ipara (J.-Nr. 1670) wird von der Sanitätskolonne eingeliefert. Die begleitende Hebamme berichtet, daß außerhalb der Klinik wegen Gesichtslage vergebliche Zangenversuche gemacht wurden. Die innere Untersuchung ergibt folgenden objektiven Befund: Scheideneingang sehr eng, im Scheidengewölbe links seitlich eine ca. markstückgroße, bis auf die seitliche Beckenwand reichende Perforationswunde, die offenbar bei versuchten Wendungsmanövern mit den Fingern gemacht wurde. Muttermund vollständig erweitert, die Gesichtslinie verläuft quer in Beckenweite, das stark ausgezogene Hinterhaupt des stark dolichocephalen Kopfes ist von außen oberhalb der Linca innominata fühlbar. Mit Rücksicht auf das Leben des Kindes bei außerordentlich großem Kopfe wird in Uebereinstimmung mit der Kreißenden der extraperitoneale Kaiserschnitt gemacht. Nach 10 Tagen gibt die Wöchnerin an, ihr Bett sei naß, der Urin fließe immer durch die Vagina ab. Durch die Untersuchung wird eine vordere Blasen-Vaginalfistel festgestellt. Katheterismus, Restharn trüb. Cystitis. Spülung mit

5proz. Collargollösung. Legung eines Dauerkatheters. Die Impfung des Harnsedimentes ergibt: Bacterium coli. Nach 5 Tagen bedeutende Verminderung des aus der Vagina ausfließenden Harnes. Wöchnerin liegt weniger naß, die Fistel scheint sich zu schließen. Nach weiteren 7 Tagen: Die Wunde sezerniert noch etwas, Incontinentia urinae. Entlassung.

Von den 6 Kindern in Stirnlage wurden:

spontan geboren	3
durch Forzeps entwickelt	1
durch Perforation und Kranioklasie	1
durch Wendung und Extraktion mit Forzeps am nachfolgenden Kopf	1

Das Resultat war für die Kinder:

lebend geboren	3
davon gestorben	1
tot geboren	3

Dabei mußte aber auch eine Mutter ihr Leben einbüßen.

Es handelt sich um eine 46jährigen XV-Gebärende (J.-Nr. 470). Die ersten 6 Geburten waren Spontangeburten, die 7. Geburt eine Querlage, die folgenden 2 Geburten waren wieder Spontangeburten, die 10. Geburt Placenta praevia, die nächsten 2 Geburten waren wieder Spontangeburten, die 13. Geburt eine Querlage, die 14. ein Abort im 3. Monat. Daß von den 13 Kindern 3 starben und 3 tot geboren wurden, möchte ich nur nebenbei erwähnen. Parturiens kommt mit schwachen Wehen auf den Kreißsaal. Bei der Untersuchung wird festgestellt, daß der Muttermund dreimarkstückgroß ist,

die Blase steht und das Becken leer ist. 5 Stunden später ist der Muttermund kleinhandtellergroß, die Blase wölbt sich stark vor, kein vorliegender Teil. Nach Blasensprengung stellt sich der Kopf in Stirnlage ein. Unter regelmäßiger Wehentätigkeit tritt der Kopf etwas tiefer, so daß nach 3 Stunden auch das Kinn zu fühlen ist. Die kindlichen Herztöne sind gut. Nach weiteren 4 Stunden sind nirgends mehr kindliche Herztöne zu finden. Das untere Uterinsegment ist stark ausgezogen. Die kindlichen Teile sind sehr gut durchzufühlen. Im ganzen sitzt der Uterus links oben als große, harte Kuppe. Keine Blutung nach außen. Puls kräftig, regelmäßig, 84. Keine peritonealen Reizerscheinungen, subjektives Wohlbefinden. Wegen der drohenden Uterusruptur wird zur sofortigen Entbindung geschritten. Es gelingt leicht, mit der Zange den in Beckenweite stehenden Kopf zu entwickeln. Kind tot. Die Placenta folgt sofort. Die Nachuntersuchung ergibt: komplette Uterusruptur mit großem Hämatom. Sofortige Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Pfannenstiel findet sich links ein starkes Oedem des ganzen Perimetriums, zahlreiche perimetr. Verwachsungen. Rechts besteht vom äußeren Muttermund bis hinauf zur Ansatzstelle des Ligamentum lat. ein klaffender Riß des Uterus. Großes retroperitoneales Hämatom. Das ganze Parametrium ist stark blutig suggilliert. Totalexstirpation des Uterus. Die Blase und die beiden Ureteren, die stark verdickt sind, zei-

gen keinerlei Veränderungen. Ausspülung der Bauchhöhle mit mehreren Litern physiologischer Kochsalzlösung. Gummidrain durch das Scheidenrohr. Peritonisierung der Stümpfe. Naht der Bauchwunde. 6 Spritzen Kampher, Kochsalzinfusion, Lichtbogen, Autotransfusion durch Bandagierung der Beine. 15 Minuten post operationem erfolgt der Exitus.

In einem anderen Falle wird eine 34jährige IV-Gebärende (J.-Nr. 1620) aus der Poliklinik wegen Stirnlage bei engem Becken eingeliefert. Die Untersuchung ergibt: Die Blase ist gesprungen, Muttermund kleinhandtellergroß, vorliegender Teil, der Kopf mit der Stirn, beweglich über dem Beckeneingang. In gemischter Narkose wird zunächst die Wendung auf den Fuß gemacht, die, da die Blase schon seit 4 Stunden gesprungen ist, nur sehr schwer gelingt. Die Extraktion wird durch die beträchtliche Größe des Kindes sehr erschwert. Da die Entwicklung des Kopfes auch bei mehrfacher forzierter Anwendung des Wiegand-Martin-Winckelschen Handgriffes nicht gelingt, erfolgt die Anlegung der Zange am nachfolgenden Kopfe. Geburt eines scheintoten, sehr großen Knaben. Auf Wiederbelebungsversuche reagiert das Kind durch unregelmäßige Atemzüge, kommt aber, ohne daß die Atmung in richtigen Gang gekommen wäre, eine halbe Stunde nach der Entwicklung zum Exitus. Wegen der starken Blutung wird sofort eine Nachuntersuchung vorgenommen, die eine komplette Uterusruptur feststellen läßt.

Es wird daher der Uterus in toto exstirpiert. Bauchschnitt nach Pfannenstiel. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich in der freien Bauchhöhle eine mäßige Menge frischen Blutes. Im Uterus zeigt sich ein vom äußeren Muttermunde bis zur Insertionsstelle der rechten Tube reichender klaffender Riß. Totalexstirpation. Sorgfältige Toilette der Bauchhöhle durch Ausspülung mit 20—25 Litern physiologischer Kochsalzlösung, Naht der Scheide, Peritonisierung der Stümpfe. Keine Drainage. Schluß der Bauchhöhle. Katheterismus: blutiger Harn, der auch nach mehrmaliger Blasenspülung in den Restpartien blutig tingiert ist. Dauerkatheter.

Zunehmende Besserung des Allgemeinbefindens. Entlassung nach 16 Tagen.

Was nun weiter die Steißlagen, 89 an der Zahl, anlangt, so erfolgte:

die Spontangeburt der Kinder	in 36	Fällen
die Geburt durch Extraktion	„ 47	„
die Entwicklung durch Hysterotomia vag. ant. und Extraktion infolge Kombination mit Eklampsie	„ 2	„
durch Hysterotomia vagin. ant., Extraktion u. Perforation wegen Placenta praevia	„ 1	Fall
auf dieselbe Weise wegen vorzeitiger Lösung der Placenta	„ 1	„
ebenso ohne Perforation wegen Placenta praevia	„ 1	„
durch d. Blasensprengung allein	„ 1	„

Dabei wurden:

lebend geboren	66	Kinder
davon starben	20	„
tot geboren	23	„

Von den 24 Kindern in Fußlage endlich wurden:

spontan geboren	11
durch Extraktion allein entwickelt	11
durch Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes	1
durch Extraktion nach eingeleiteter Frühgeburt	1

Dabei wurden:

lebend geboren	16	Kinder
davon gestorben	1	„
tot geboren	8	„

Der Vorfall der Nabelschnur, der für die Kinder, namentlich bei Schädellage, sehr gefährlich ist, wurde in 20 Fällen beobachtet. In 6 Fällen konnte die Spontangeburt abgewartet werden, nachdem in 4 davon die Nabelschnur reponiert worden war, während in den beiden anderen Fällen wegen pulsloser Nabelschnur keine Indikation zu einem Eingriffe gegeben war.

Die Wendung und Extraktion wurde in 6 Fällen ausgeführt. In 1 Falle nach Wendungsversuch die Perforation des toten Kindes bei engem Becken. In 4 Fällen die Perforation und Kranioklasie bei engem Becken,

in 1 Falle Hysterotomia vagin. ant. mit Wendung und Extraktion, in 1 Falle wurde durch Forzeps und in 1 Falle durch Extraktion entbunden. Das Resultat war:

lebende Kinder		10
tote	„	10

Umschlingen der Nabelschnur um die Kinder, sowohl um den Hals oder Nacken, als auch um die Extremitäten oder den Rumpf kam in nicht weniger als 433 Fällen vor.

In einem Falle kam eine Aplasie der Nabelschnur zur Beobachtung (J.-Nr. 374). Bei einer 23jährigen Ipara wurde der Fötus, der mit der Placenta direkt, ohne Bildung einer Nabelschnur zusammenhing, im 5. Schwangerschaftsmonate ausgestoßen.

Eine vorzeitige Lösung der Placenta konnte in 3 Fällen diagnostiziert werden, in keinem derselben läßt sich jedoch eine Ursache hiefür angeben.

Einmal genügte eine einfache Blasensprengung, um die Geburt eines lebenden Kindes in kürzester Zeit zu ermöglichen.

In den beiden anderen Fällen konnte durch die Hysterotomia vaginalis ant. mit anschließender Wendung und Extraktion bezw. Zange ein lebendes Kind entwickelt werden.

Die manuelle Lösung der teilweise oder im ganzen festsitzenden Placenta wurde in 38 Fällen ausgeführt, darunter 6 mal im Anschluß an Hysterotomia vag. ant. Nach einer manuellen Placentalösung wurde stets Uterus und Scheide tamponiert.

Von diesen 38 Wöchnerinnen

waren	fieberfrei		24
hatten	über 38,2	einen Tag	2
„	„ 38,2	mehrere Tage	7
„	„ 39,0	einen Tag	2
„	„ 39,0	mehrere Tage	3

Atonie des Uterus trat in 6 Fällen auf. Die atonische Nachblutung konnte in allen Fällen durch Anlegung des Momburgschen Schlauches, durch heiße Uterusspülungen, durch Uterustamponade, durch Injektionen von Ergotin und durch Eisblase gestillt werden. Einen Fall möchte ich hier besonders erwähnen, wohl der schwerste im Jahre 1910. Es war eine 20jährige II-Gebärende (J.-Nr. 528), die schon geraume Zeit kreißte. Endlich wird der Kopf in der Vulva sichtbar, schneidet mit der nächsten Wehe durch, und das tief asphyktische Kind wird noch vollends extrahiert. Sofortige Abnabelung. $^3/_4$ Stunden werden ununterbrochen Wiederbelebungsversuche angestellt durch warme und kalte Bäder, Aspiration mit Trachealkatheter, wodurch sehr reichliche Mengen mekoniumhaltigen Schleimes entfernt werden, und Schultzesche Schwingungen. Trotz alledem gelingt es nicht, das Leben des Kindes zu retten. Die Kreißende war diese Zeit hindurch nicht genügend beaufsichtigt worden, und infolgedessen konnte eine starke Blutung ins Cavum uteri stattfinden. Der Fundus uteri steht am Rippenbogen. Sofortige Expression der Placenta durch Credéschen

Handgriff, dabei entleert sich eine sehr reichliche Menge teils flüssigen, teils geronnenen Blutes. Sofortige Anlegung des Momburgschen Schlauches, Tieflagerung des Kopfes, Hochlagerung der Beine. Ergotininjektion. Kollaps der Wöchnerin. In Aetherrausch Jodoformgaze-Tamponade des Uterus und der Scheide. Der Uterus bleibt jedoch auch nach der Tamponade vollkommen weich, die Tamponade ist nach einer halben Stunde durchgeblutet, das Blut sickert bereits aus dem Ende der Tamponade hervor. Ergotininjektion, Eisblase, fortwährende Massage. Entfernung der Tamponade und neue Tamponade des Uterus und der Scheide. Darauf wird der Uterus steinhart und bleibt bei fortdauernder Massage in diesem Zustande. Entlassung nach sieben Tagen.

Die Zange, soweit sie nicht als Hilfsoperation bei extraperitonealem Kaiserschnitt, bei Hysterotomia vag. ant. und bei Hebosteotomie Verwendung fand, wurde 63 mal benützt, darunter 6 mal als hohe Zange, bei 56 Hinterhauptslagen, 3 Gesichts-, 2 Stirn-, 1 Vorderhauptslage und 1 tiefem Querstand.

Es wurden:

lebend entwickelt	61	Kinder
davon sind gestorben	6	„
tot geboren	2	„

In einem Falle wurde eine Kreißende eingeliefert, die ein Arzt vergeblich mit der Zange entbinden wollte. In der Klinik wurde

durch Abwarten erreicht, daß sie spontan gebar.

Eine große Rolle spielte in der Frauenklinik im Berichtsjahre auch die Lues. In den meisten Fällen fanden sich nicht die geringsten Anhaltspunkte in der Anamnese, nur die Wassermannsche Reaktion allein gab oft den gewünschten Aufschluß. Lebende Kinder ohne nachweisbare Erscheinungen konnten nur 4 entlassen werden neben 5 Kindern mit einem ausgesprochenen Pemphigus lueticus. Um so geringer die Zahl der lebenden Kinder ist, desto größer ist die Zahl der toten, faultoten und mazerierten Kinder. Tote Kinder zählte ich 31 und faultote und mazerierte Kinder 68, dabei rechnete ich allerdings zu den toten Kindern auch 10, die mit Pemphigus lueticus behaftet lebend zur Welt kamen und im Laufe der nächsten Stunden und Tage wieder starben.

Morbidität und Mortalität gehört wohl zu den wichtigsten Abschnitten in der Jahreschronik einer Klinik, denn daraus kann man sich am besten ein Bild machen über die erzielten Erfolge und erhält eine Uebersicht über den Wochenbettverlauf und die eventuellen Todesfälle.

1. Erfolge der Klinik mit Rücksicht auf die puerperale Infektion und Asepsis.

Kreißende, die bei ihrer Einlieferung bereits halb entbunden waren und nicht mehr untersucht wurden, waren es 33; hievon

waren vollständig fieberfrei	28
hatten über 38,2 einen Tag	3
„ „ 38,2 mehrere Tage	1
„ „ 39,0 einen Tag	1

Wöchnerinnen, die bei ihrer Einlieferung also vollständig entbunden waren und infolgedessen nicht mehr untersucht wurden, waren es 40; von diesen waren

vollkommen fieberfrei	32
hatten über 38,2 einen Tag	2
„ „ 38,2 mehrere Tage	3
„ „ 39,0 einen Tag	2
„ „ 39,0 mehrere Tage	1

Von den 576, die sich außerhalb der Klinik von Aerzten oder Hebammen untersuchen ließen, zeigten im Wochenbett eine Temperatursteigerung über 38,2 91 Wöchnerinnen, d. i. 15,76%.

Von den 2076 nur in der Klinik Untersuchten hatten im Wochenbett eine Temperatursteigerung über 38,2 212 Wöchnerinnen = 10,21%.

Temperaturen über 38.2	eintägig	mehrtägig
Steigerung bis 39°	77	64
Steigerung über 39	38	33

Von einem eigentlichen Wochenbettfieber kann man nur in den Fällen sprechen, in denen Temperaturen über 39° mehrere Tage bestehen. Forschte man nach der Ursache dieser Temperatursteigerungen, so konnte man natürlich nicht in allen Fällen Positives ermitteln, bei

30 Wöchnerinnen waren jedoch stichhaltige Anhaltspunkte gegeben, nämlich:

Angina	bei 5	Wöchnerinnen
Appendicitis	„ 1	„
Bronchitis	„ 3	„
Bursitis patellaris	„ 1	„
Erkältung	„ 1	„
Erysipel	„ 1	„
Furunkulose	„ 2	„
Gonorrhoica acuta	„ 4	„
Gelenkrheumatismus	„ 1	„
Mastitis	„ 3	„
Nephritis	„ 1	„
Osteomyelitis	„ 1	„
Pleuritis	„ 2	„
Pneumonie	„ 2	„
Sepsis	„ 2	„

Alle Wöchnerinnen bis auf 3 kamen zur Genesung.

Eine 36jährige V-Gebärende (J.-Nr. 76) kommt mit starker Dyspnoe und heftigem Stechen in der linken Seite in der Gegend des l. Unterlappens. Die Temperatur beträgt 39,1, Puls 124, Bronchopneumonie, die Geburt ist im Gange. Aus der Anamnese ist zu erfahren, daß Gravida seit 14 Tagen an starkem Husten und Katarrh leidet und seit heute früh über überaus heftiges Stechen in der linken Brustseite zu klagen hat. Der Husten ist wegen Schmerzhaftigkeit unterdrückt. Auswurf spärlich schleimig.

Befund: Temperatur 39,1, Puls 124, Atmung 60. Ueber der ganzen Lunge mittelblasi-

ges und großblasiges Rasseln, Atemgeräusch verschärft, unbestimmt, nicht bronchial, Schallverkürzung über der ganzen Lunge, besonders über dem linken Unterlappen, hier auch reichliches großblasiges Rasseln und Knistern. Herz: Grenzen normal, Töne nicht auskultierbar wegen des lauten Rasselns auf der Lunge, Aktion regelmäßig, Puls klein, regelmäßig.

Therapie: Sofortige Entbindung, Kampher und Benzoë aa. Typische Hysterotomia vag. ant. ohne Narkose, vordere Scheidenwand prolabiert, Schnitt 5 cm lang, Wendung und Extraktion, Schnittwunde ist weiter gerissen, Placenta kommt teilweise auf leichten Druck, teilweise durch Zug. Fortlaufende Naht des Cervix, Uterus- und Scheidentamponade. Durch Katheterismus der Blase klarer Urin.

Nach der Entbindung bedeutende Erleichterung, hellrotes Sputum. Nächster Tag: Dämpfung links hinten unten etwas verkleinert, hier bronchiales Atmen. Ueber den anderen Lungenteilen Schall etwas verkürzt, weniger Rasseln als gestern, Sputum rostfarben, ziemlich dünnflüssig, Puls 90, Temperatur 37,4. Digitalis. Exitus nach einigen Tagen.

Eine 21jährige II-Gebärende (J.-Nr. 299) wird als Kreißende aufgenommen. Nach erfolgter Spontangeburt wird sie auf den Wochensaal verlegt. 4 Tage später plötzlicher Temperaturanstieg auf 39,4 ohne deutlichen Schüttelfrost, Durchfälle, Calomel, Tannalbin und Opium.

5. Tag: Temperatur 40,3, Stuhlgang geordnet, Cervixausstrich: Diplokokken. Uterusspülung. Auf die septische Abteilung verlegt. Kulturell hämolit. Streptokokken.

6. Tag: Leibschmerzen, Collargolinjektion 2 ccm 10prozent. Collarg. Ausstrich Streptokokken.

7. Tag: Leib nicht druckempfindlich, mittags profuse Blutungen, die digitale Austastung zeigt an der hinteren Wand einige ablösbare Bröckelchen (Placentarreste?). Uterustamponade, die sofort durchblutet wird, deshalb äußerst feste Uterustamponade, die im Verlaufe von 2 Stunden wieder durchblutet wird. Nochmalige Ausräumuneg und Tamponade. Blutungen aus septischen Placentarstellen. Peritonitische Erscheinungen.

9. Tag: Exitus an Sepsis.

Eine 19jährige II-Gebärende (J.-Nr. 9, Hebammenschule) wird nach erfolgter Entbindung auf den Wochensaal verlegt. Hier tritt plötzlich eine leichte Schwellung der sublingualen Drüsen auf, im Hals findet sich ein starker Belag. Injektion von Diphtherieserum. Uteruslochien enthalten Streptokokken und Staphylokokken. 3mal Seruminjektion, 1mal 40 ccm, 2mal je 20 ccm. 11 Tage post partum Exitus.

Pathologische Diagnose: Abgelaufene Pharyngitis. Winziger Substanzverlust der Uvula. Oedem des weichen Gaumens, Lymphadenitis der tiefen linksseitigen cervicalen

Lymphdrüsen, metastatische, subacute, eitrig-fibrinöse Peritonitis und Pleuritis, ganz geringe metastatische Endometritis puerperalis, trübe Schwellung der Parenchyme, ganz leichtes Lungenemphysem, hyperämische, mäßige Milzschwellung.

Bakteriologisch: Herzblut, lange Streptokokkenketten.

Histologisch: Während im histologischen Bilde die Uteruswände keine abnorme Veränderung erkennen lassen, weisen die Lymphdrüsen des Halses die Kennzeichen einer abklingenden Entzündung auf: es findet sich in ihnen ein Oedem, reichliche Abschilferung der Endothelien der Lymphbahnen und Infiltrate mit Plasmazellen. Bakteriologisch konnten in den Schnittpräparaten keinerlei Bakterien, weder in der Uteruswand, noch in den Lymphdrüsen nachgewiesen werden, während sich im Herzblut durch Kultur die vorerwähnten Streptokokkenketten nachweisen ließen.

2. Der Einfluß der geburtshilflichen Operationen auf den Wochenbettverlauf.

Nach Sectio caesarea classica Wochenbett fieberfrei.

Nach Sectio caesarea extraperitonealis:

in 3 Fällen Temp. über 39, mehrere Tage,
„ 5 „ „ bis 38,5,
„ 10 „ fieberfrei,
„ 1 „ Tod.

Nach Zangengeburten:
in 4 Fällen Temp. über 39, mehrere Tage,
„ 12 „ „ „ bis 38,5,
„ 47 „ fieberfrei,
„ 0 „ Tod.

Nach Hebosteotomie:
in 0 Fällen Temp. über 39, mehrere Tage,
„ 3 „ „ „ bis 38,5,
„ 6 „ fieberfrei,
„ 0 „ Tod.

Auch die Hysterotomia vag. ant. vermochte bei sorgfältiger Asepsis auf den Verlauf des Wochenbettes keinen so schwerwiegenden und ungünstigen Einfluß mehr auszuüben als in früheren Zeiten:

in 5 Fällen Temp. über 39, mehrere Tage,
„ 11 „ „ „ bis 38,5,
„ 33 „ fieberfrei,
„ 1 „ Tod.

Zum Schlusse möchte ich noch eine zusammenfassende Uebersicht geben über sämtliche Todesfälle, die die geburtshilfliche Abteilung der Münchener Universitäts-Frauenklinik im Jahre 1910 zu verzeichnen hatte. Im ganzen waren es 9 Todesfälle. Die Todesursache war:

1. J.-Nr. 9 Hebammenschule, Sepsis nach Angina,
2. J.-Nr. 76 Bronchopneumonie,
3. J.-Nr. 299 Sepsis,
4. J.-Nr. 333 Verblutung bei Plac. praevia,
5. J.-Nr. 470 komplette Uterusruptur,
6. J.-Nr. 476 Sepsis,
7. J.-Nr. 589 Eklampsie,

8. J.-Nr. 967 inkomplette Uterusruptur,
9. J.-Nr. 1013 inkomplette Uterusruptur.

Aus dieser Tabelle über die Todesursache geht hervor, daß nur in 3 Fällen (Nr. 5, 8 u. 9) die Ursache für den letalen Ausgang innerhalb der Klinik möglicherweise gegeben wurde, während in allen anderen 6 Fällen die Frauen schon bei ihrer Einlieferung als Kreißende den Todeskeim in sich trugen.

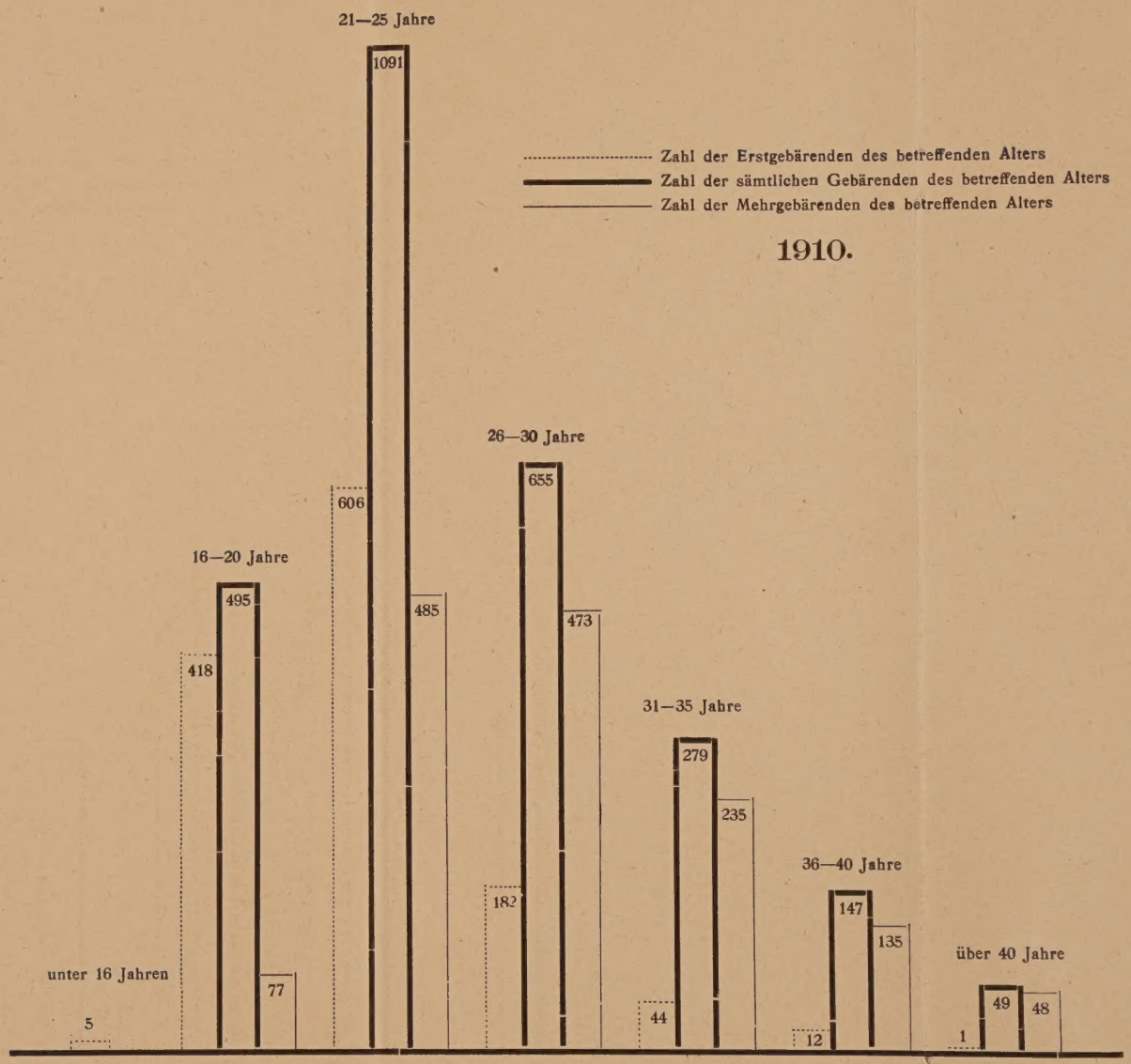
Tabelle
der häufigsten pathologischen Fälle und geburtshilflichen Operationen im Jahre 1910.

Operation		Summe	Kinder		Mütter		
					Befund im Wochenbett		
			lebend	tot	fieberfrei	fiebernd	tot
Zange		63	55	8	47	16	
Wend.m.Extraktion		32	20	12	26	6	
Extraktion		58	45	13	45	13	
Perforation		29	-	29	17	12	
Dekapitation		3	—	3	3	—	
Evisceratio u. Dekapitatio		1	—	1	1	—	
Dissectio fœtus		1	—	1	—	1	
künstl. Frühgeburt		20	2	22	11	9	
Sectio cæsarea	classica	1	1	—	1	—	
	extraperitonealis	18	15	3	10	8	1
	vaginalis	49	23	26	33	16	1
Hebosteotomie		9	9	—	6	3	
Nachgeburtsoperationen		38	29	9	24	14	
Planceta prævia		35	12	23	23	12	1
Eklampsie		19	11	9	11	8	1
Ruptura ut.	completa	2	—	2	1	1	1
	incompleta	2	—	2	—	2	2

Zum Schlusse ist es mir noch eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Geheimrat Dr. Döderlein, für die Anweisung der Arbeit und Herrn Assistenzarzt Dr. Eisenreich für die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Josef Mitteldorf, Sohn des K. Bezirkstierarztes Dr. Josef Mitteldorf in Donauwörth, wurde geboren am 1. Oktober 1884 zu Türkheim in Schwaben und bin katholischer Konfession. Im Jahre 1905 absolvierte ich das K. Neue Gymnasium in Regensburg und bezog dann die Universität München. Hier studierte ich 4 Semester, ging dann 2 Semester nach Erlangen, bestand dort im August 1908 das Tentamen physicum, um die letzten 4 Semester meinem Studium wieder in München obzuliegen. Hier bestand ich auch am 5. Januar 1911 mein Staatsexamen, war dann vom gleichen Tage an bis 1. Mai auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing als Medizinalpraktikant und bin jetzt seit 1. Mai an der K. Universitäts-Frauenklinik in München.


Zahl der Erstgebärenden des betreffenden Alters
Zahl der sämtlichen Gebärenden des betreffenden Alters
Zahl der Mehrgebärenden des betreffenden Alters
1910.
unter 16 Jahren
5
16—20 Jahre
418
495
77
21—25 Jahre
606
1091
485
26—30 Jahre
182
655
473
31—35 Jahre
44
279
235
36—40 Jahre
12
147
135
über 40 Jahre
1
49
48